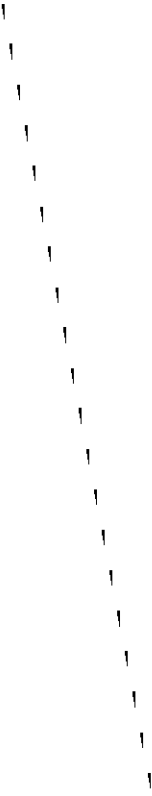


## OPNAMEVOORKÓMENDE STRATEGIEËN IN DE PRAKTIJK VAN DE SOCIALE PSYCHIATRIE

Maar ik heb gedacht aan allen die leven, zoals ik schrijf:  
met een rad van fortuin in hun achterhoofd, een ongeluks-  
vogel op hun schouder en een alles behalve schokvrij opge-  
hangen compas in hun borst.

W.F. Hermans, 1979.



OPNAMEVOORKÓMENDE STRATEGIEËN IN  
DE PRAKTIJK VAN DE SOCIALE PSYCHIATRIE  
(Practical applications of admission prevention  
strategies in community mental health)

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van  
doctor in de Geneeskunde  
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam  
op gezag van de Rector Magnificus  
Prof. Dr. M.W. van Hof  
en volgens besluit van het college van dekanen.  
de openbare verdediging zal plaatsvinden op  
woensdag 28 november 1984 te 15.45 uur

door

JACOBUS ADRIANUS JENNER  
(geboren te Dordrecht)

## BEGELEIDINGSCOMMISSIE

### PROMOTOR:

Prof. Dr. C.J.B.J. Trimbos

### OVERIGE LEDEN:

Prof. Dr. E. van der Does

Prof. Dr. M.A.J. Romme

Prof. Dr. J. Thiel

ISBN 90 9000798-9

© 1984 J.A.Jenner

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without permission from the author.

Printed in the Netherlands by ICG Printing, Dordrecht.

## Voorwoord

Deze dissertatie heeft een lange voorgeschiedenis. Velen hebben op verschillende manieren hun bijdragen geleverd waarvoor ik ze dankbaar ben.

Mijn ouders door wat ze zich hebben ontszegd voor mijn studie.

Prof.Dr. J. Bastiaans heeft mij de psychiatrie 'ingepraat'. Het letten op schijnbaar onbelangrijke details dank ik aan zijn microanalyse. Zijn morele steun in mijn transculturele werk heeft veel voor mij betekend.

Robert Abraham heeft mij op subtiele wijze onderwezen in de valkuilen van overdracht en tegenoverdracht. Vooral in de crisisinterventies heb ik van deze ervaring dankbaar gebruik gemaakt.

De demonstraties van Richard van Dijk legden de basis voor de directieve technieken die zo'n belangrijk onderdeel vormen van de Opname Voorkomende Strategieën. Ook 'lastige' patiënten bleken gevoelig voor de herdefinities en de motivatietechnieken die hij tijdens trainingen aanreikte.

De techniek om een therapeutische paradox voor te bereiden en de timing bij het plaatsen ervan dank ik aan de supervisie van Kees Hoogduin. Zijn 'paradoxaal attitude' heeft voor mij het contact maken met psychotische mensen vergemakkelijkt.

Freek Frets heeft mij wegwijs gemaakt in de sociale psychiatrie. Mijn opvattingen over gebruik en misbruik van de psychiatrie zijn gevormd in onze gesprekken, waarin meningsverschillen niet hebben geleid tot polarisatie maar juist stimuleerden tot literatuurstudie en zelfonderzoek.

Zonder Cees Trimbos was deze dissertatie waarschijnlijk nooit geschreven. Door zijn opbouwende commentaar heeft hij mij tenslotte overtuigd van het nut om mijn manier van werken uit te schrijven en over te dragen in de blokcursus

Sociale Psychiatrie van zijn Instituut. Zijn vertrouwen is een prima antigif gebleken tegen sceptische opmerkingen als zou de toepassing van OVS niet verantwoord zijn.

Mevr. Drs. de Graaf en de heer Heijl van de Geneeskundige Hoofd Inspectie hebben geholpen bij het verzamelen van de data waarop statistisch onderzoek kon worden verricht. Hun adviezen zijn, evenals die van Sineke ten Horn en van Paul Schnabel, belangrijk geweest voor de totstandkoming van het statistische gedeelte van dit proefschrift.

Zonder de nachtenlange discussies met Marius Nagels zou hoofdstuk 4 nooit zijn gerealiseerd.

De medewerkers van de Stichting Geestelijke Gezondheid Zuid-Holland die met mij hebben samengewerkt ben ik daarvoor erkentelijk.

Rinus Lasschuyt en Marijtje Kalfon ben ik erkentelijk dat ze onvermoeibaar de aangevraagde literatuur voor mij hebben opgezocht; Joke Goutier dat ze er in slaagde elke nieuwe versie en laatste verandering voor de deadline uit te typen; Piet Musterd dat hij de offset met zoveel inzet heeft willen verzorgen; Menno Hovingh voor zijn nuttige adviezen.

Aan de gedrukte versie van dit proefschrift is niet te zien hoeveel correctiewerk Konrad Jenner, Nico de Jong en Kees de Kovel hebben verricht. Hun monnikenwerk is even dik als het proefschrift.

Marianne en de kinderen waren enthousiast over mijn eerste geplaatste artikel en zijn dit gebleven tijdens het schrijven van deze dissertatie. Moeilijke perioden tijdens behandelingen en tegenvallers wisten ze op te vangen, hun commentaar is meer dan eens de aanzet geweest voor een positieve etikettering.

# Inhoudsopgave

		pag.
HOOFDSTUK 1	INLEIDING	1
1.1	De keuze van het dissertatieonderwerp	3
1.2	Wat is er onderzocht?	5
1.3	Verantwoording van de methode van onderzoek	6
HOOFDSTUK 2	OPNAME IN HET PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIS EN AMBULANTE CRISISINTERVENTIE	11
	Enkele overwegingen	
2.1	Inleiding	13
2.2	(Objectieve?) graadmeters bij de besluitvor- ming tot opname	14
2.3	'Bedoelingen' rond een opname	17
2.4	Opname of ambulante crisisinterventie?	21
2.5	Korte en lange opnameduur	23
2.6	Opnameprocedure	26
2.7	Beleidsaspecten	27
2.8	Samenvatting	29
HOOFDSTUK 3	OPNAMEVOORKOMENDE STRATEGIEËN IN DE PRAKTIJK	31
3.1	De vraag om opname in het APZ, opname voorkomende strategieën en de crisis- theorie	33
3.2	Opnamevoorkomende strategieën en de vraag om onvrijwillige opname	63
3.3	De ambulante behandeling van acute psychosen, geïllustreerd met een gevalsbeschrijving	85
3.4	Enkele interventies bij cliënten met mutisme	103
3.5	Suïcidaal gedrag bij kinderen en adolescenten	129
3.6	Paradoxe communicatie door godsdienstig gedrag	156
3.7	De tegoedbon. een hulpmiddel tegen behandelingsverslaving	166
3.8	Opleidingsaspecten	173

		pag.
HOOFDSTUK 4	DE OPNAMESTROOM NAAR PSYCHIATRISCHE ZIEKEN HUIZEN EN DE MOGELIJKE INVLOED HIEROP VAN OPNAMEVOORKOMENDE STRATEGIEËN	175
4.1	Inleiding	179
4.2	Methodiek	184
4.3	Analyse van het opnamepatroon in het beloop van de tijd	195
4.4	Discussie	226
4.5	Tenslotte	247
4.6	Tabellen	251
HOOFDSTUK 5	OVERWEGINGEN TEN AANZIEN VAN PREVENTIE	281
5.1	Ideeën over het voorkómen van een heropname	283
5.2	Nazorg als wondermiddel	285
5.3	Knelpunten ontleend aan de praktijk	298
HOOFDSTUK 6	SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN	303
	Geraadpleegde literatuur	319
	Curriculum vitae	337



# Hoofdstuk 1

## Inleiding

- 1.1. De keuze van het dissertatieonderwerp
- 1.2 Wat is er onderzocht?
- 1.3 Verantwoording van de methode van het onderzoek



## INLEIDING

### 1.1 DE KEUZE VAN HET DISSERTATIEONDERWERP

De Opname Voorkógende Strategieën (OVS) die in dit proefschrift worden beschreven en waarvan de invloed op het aantal opnamen in het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ), de Psychiatrische Universiteitskliniek (PUK) en de Rijks Psychiatrische Inrichting (RPI) wordt onderzocht, wortelen in de traditie van de Sociale Psychiatrie.

Zorg is een essentieel onderdeel van dit vakgebied. Zorg voor de sociaal zwakkeren, vooral ook voor de psychisch zwakkeren en voor hen die wegens hun gestoorde gedragingen uitgestoten dreigen te raken. De zorg moet voorkomen dat zij verstoken blijven van de benodigde hulp en, waar nodig, zorgdragen voor het continueren daarvan. Symptomen en hun dragers worden door de Sociale Psychiatrie van oudsher benaderd binnen een maatschappelijke context. Men zou dit een sociaal psychiatrische attitude kunnen noemen. Deze visie is op meeslepende wijze door Querido (1936) verwoord. Het outreaching karakter van de werkzaamheden der Sociaal Psychiatrische diensten was hiervan een logisch gevolg.

Mede door het ter beschikking komen van nieuwe behandelingsmethoden en niet in het minst door de impulsen vanuit de systeemtheorie is de ambulante behandeling zich in de laatste jaren opnieuw gaan concentreren op de voorzorg, een werkwijze die door Querido reeds in de jaren dertig werd gepropageerd.

Door de sociaalpsychiatrische aspecten aan te vullen met psychotherapeutische kon een synthese plaatsvinden tussen zorgen-voor en zorgvuldig, planmatig werken; tussen hart-hebben-voor en verstandelijk beredeneren. Dit laatste aspect komt terug in het woord strategie.

De hier beschreven OVS kunnen worden opgevat als de prak-

tische resultanten van deze synthese.

De ambulante hulpverlening aan ernstig geestelijk gestoorde mensen vertoont in ons land, blijkens de literatuur, nogal wat lacunes (vgl. van den Bosch, 1981; Giel, 1979, 1981 en 1984; van Ginneken, 1981; ten Horn, 1979 en 1982).

De kritiek op de Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (de RIAGG's) in deze is niet mals. Volgens Mispelblom Beyer (1983): "dreigt de ontwikkeling aldus meer te gaan in de richting van een gebureaucratiseerd, vervreemdend hulpverleningssysteem van onvoldoende inhoudelijke kwaliteit ....." Over de ambulante behandeling van psychiatrische patiënten schrijft Giel (1984): "We hebben maar een enkel voorbeeld kunnen vinden in de Nederlandse literatuur van pogingen om door middel van intensieve begeleiding thuis ernstig geestelijk gestoorde mensen buiten het psychiatrisch ziekenhuis te houden. De opvang van deze mensen gebeurt in ons land binnen de psychiatrische ziekenhuizen, of vrijwel geheel niet".

Dit staat in schrille tegenstelling tot de 'visiestukken' uit de jaren zeventig (van de overheid, van de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG), de Bavo-stukken e.d.) waaruit een toenemende maatschappelijke onvrede sprak over de behandeling in het APZ en waarin een stijgende interesse in de ambulante behandeling van psychisch gestoorde mensen werd beleden.

Hieruit kan worden geconcludeerd dat de RIAGG's de mogelijkheden om deze 'moeilijke' patiënten te bereiken, nog onvoldoende hebben gerealiseerd.

Met mijn onderzoek heb ik beoogd om een bijdrage te leveren aan de theorievorming over OVS en om aan te tonen dat deze vorm van hulpverlening ten principale mogelijk is. Hopelijk worden de RIAGG's en hun overkoepelende instantie,

de NVAGG hierdoor gestimuleerd om hun medewerkers zodanig te doen bijscholen dat ernstig geestelijk onregelde mensen niet langer verstoken behoeven te blijven van deze vorm van hulpverlening.

Beleidsmatige bedoelingen hebben eveneens een rol gespeeld in de opzet van dit onderzoek. Wanneer het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen wordt gereduceerd zonder dat de AGGZ in kwantitatieve maar ook in kwalitatieve zin voldoende wordt versterkt, zijn hiervan slechts nadelige gevolgen te verwachten voor de betrokken patiënten en voor de gemeenschap. Het nuttig rendement van de grootse idealen en plannen van het voorgaande decennium voor deze doelgroep kan niet overweldigend worden genoemd. De betreffende populatie lijkt meer gebaat bij besluitvorming die is gebaseerd op 'feiten' dan bij één die afhankelijk is van de trend van de dag.

Middels wetenschappelijk onderzoek is in deze studie gepoogd om empirische bouwstenen aan te dragen teneinde de politieke discussie, aangaande hulpverlening aan ernstig geestelijk gestoorde mensen, te objectiveren.

## 1.2

### WAT IS ER ONDERZOCHT?

Onderzocht is welke methoden van ambulante hulpverlening, aan patiënten met ernstige psychiatrische symptomen, als alternatief voor een opname in een psychiatrisch ziekenhuis zijn beschreven in de literatuur.

Het relatief geringe aantal artikelen waarin aan de hand van casuïstiekbeschrijvingen de gepraktiseerde methoden werden toegelicht, noopte tot het ontwikkelen van eigen alternatieven. Deze werden vervolgens in de praktijk getoetst op hun bruikbaarheid. Een methode die meerdere malen effect had gesorteerd, kreeg het predicaat OVS. Deze tweede vorm van onderzoek heeft aangetoond, zoals de

casuïstiekbeschrijvingen in hoofdstuk drie laten zien, dat ambulante hulpverlening aan patiënten met ernstige psychiatrische problemen ten principale mogelijk is. Hieruit mag niet worden geconcludeerd dat ambulante hulp altijd en voor iedere patiënt voldoende zou zijn.

Vervolgens is geprobeerd om cijfermatige aanwijzingen te vinden dat de toepassing van OVS, gestart in 1974 in twee omschreven regio's (zie bijlage 1), invloed heeft gehad op het opnamepatroon van APZ-, PUK- en RPI-opnamen in deze regio's.

### 1.3

#### VERANTWOORDING VAN DE METHODE VAN HET ONDERZOEK

Dit onderzoek is gegroeid binnen het krachtenveld van het hulpverleningsproces. De vraag is dan gerechtvaardigd in hoeverre een dergelijk onderzoek wetenschappelijk genoemd mag worden.

Hoewel ik geen wetenschapstheoreticus ben, wil ik toch proberen mijn opvattingen hierover te verduidelijken. Een verduidelijking die noodzakelijk is, omdat voorwetenschappelijke noties van onderzoekers hun onderzoek beïnvloeden. Mijn opvatting dat, onder bepaalde voorwaarden, een vermindering van het aantal opnamen in psychiatrische ziekenhuizen gezien kan worden als een 'verbetering', is zo'n notie; de idee over de relevantie van onderzoek als bijdrage aan politieke discussies, eveneens.

De functies van wetenschap kunnen worden gezien als: verklarend, verhelderend en emanciperend (vgl. Hovingh, 1979). Dit onderzoek heeft deze functies. De sociale wetenschappen hebben ons geleerd dat door wetenschappelijke beschrijving en toetsing van menselijk gedrag dat gedrag zelf gelijktijdig wordt beïnvloed. Alle onderzoek van menselijk gedrag bevat 'emanciperende' momenten, zelfs

wanneer dit niet was bedoeld (vgl. Hofstede, 1980; Vroon, 1976).

Wetenschappelijk onderzoek blijkt een proces te zijn, dat enerzijds zeker qua vraagstelling, maatschappelijk wordt bepaald, maar anderszijds 'ontmythologiserend' werkt ten aanzien van maatschappelijke fenomenen. Juist deze 'ontmythologisering' maakt de wetenschap tot een kracht in de maatschappelijke ontwikkeling.

De ontwikkeling van de, in dit onderzoek, beschreven OVS is begonnen in 1974 en duurt nog steeds voort. De verschillende interventies die in de praktijk zijn getoetst, worden benoemd in 3.1. De keuze van de interventies die geschikt worden geacht en de volgorde waarin ze worden toegepast, is in sterke mate afhankelijk van de problematiek die de hulpverlener aantreft. Uiteraard vormen OVS geen eenduidige en evenmin een onafhankelijke variabele.

In de hulpverlening is de cliënt een actief participant. Mede hierdoor heeft de onderzoeker de variabele factoren bij een onderzoek op het gebied van de hulpverlening niet geheel in zijn macht. Het door Koningsveld (1976) geschetste standaardbeeld van wetenschap veronderstelt zo'n machtspositie van de onderzoeker wel. Zijn beeld lijkt mij voor onderzoek aangaande hulpverlening niet goed bruikbaar. Uit de optiek van de hulpverlening lijkt het mij zelfs niet gewenst. De cliënt verandert vanuit eigen ontwikkeling, eigen cognities en eigen gevoel altijd in meer of mindere mate datgene wat wordt aangeboden. Voor dit onderzoek betekent dat veranderingen in de interventies van de therapeut en in diens gedragingen. Elke hulpverlener verandert op zijn eigen wijze de OVS. Hij interpreteert gedragingen en relaties tussen deze gedragingen, hemzelf, zijn interventies en de sociale context. Hij dialogiseert a.h.w., invoelend en logisch redenerend, met het referen-

tiekader dat ten grondslag ligt aan OVS.

Getracht is om de mate van variabiliteit tot een minimum te beperken door het vastleggen van procedures betreffende overleg, intakegesprek, verslaglegging en evaluatie van de behandeling. Op grond van de aanmeldingsgegevens worden reeds hypothesen geformuleerd, de hulpverlener(s) gekozen en mogelijke interventies besproken. Toetsing van de hypothesen en evaluatie van de interventies gebeurt aansluitend aan de intake met tenminste één ander teamlid, waarna bijstelling volgt en de, te evalueren, behandeldoelen-opkorte-termijn en de evaluatiemomenten worden vastgelegd.

Met een retrospectief onderzoek is het aantal gevallen, waarin OVS is toegepast, niet exact te bepalen. Het betreft hier niet een enkel afzonderlijk geval, maar tien jaar ervaring met OVS in de gebieden I en II (zie bijlage 1), waarin jaarlijks meer dan 800 nieuwe cliënten (systemen), in de leeftijd van 18-65 jaar, worden aangemeld. Hiervan vertoont door de jaren heen zo'n 50% ernstige psychiatrische symptomen. In hoofdstuk 4 van dit proefschrift wordt een getalsmatige analyse gemaakt over de eerste vijf ervaringsjaren. De opzet van deze analyse, de keuze van de onderzoeksgebieden, van de data en van de doelgroep worden evenals de methode van analyse in 4.2. verantwoord.

De beschreven OVS zijn, via training, overdraagbaar gebleken. Meerdere hulpverleners, van verschillende disciplines, hebben geleerd ermee te werken. Vanaf 1978 vormen ze, bij de Stichting Geestelijke Gezondheid Zuid-Holland (nu RIAGG Dordrecht, e.o., Alblasserwaard, Vijfheerenlanden), een vast onderdeel van de opleiding sociale psychiatrie aan assistent- psychiaters.

Het is gebleken dat uitvoerige casuïstiekbeschrijvingen dit



leerproces vergemakkelijken. Ze bieden gelegenheid tot gedetailleerde toetsing van de verschillende aspecten en tot analyse van beslismomenten, waardoor feedback over en bijsturen van de behandeling mogelijk worden. Het is aannemelijk dat het gebruik van OVS door andere hulpverleners in andere gebieden kan leiden tot gelijksoortige veranderingen als in dit onderzoek worden beschreven. Het effect van OVS is namelijk onderzocht over een periode van vijf jaar in twee niet-identieke regio's bij vele patiënten.

De stappen die in dit onderzoek worden beschreven omvatten:

- een verantwoording van de voorkeur voor ambulante behandeling in hoofdstuk 2;
- een theoretisch kader voor OVS vanuit de crisistheorie, dat wordt uitgewerkt voor de problematiek rond de onvrijwillige opname in hoofdstuk 3. Na uitvoerige casuïstiek wordt dit hoofdstuk afgesloten met aanbevelingen voor de kwalificaties waaraan hulpverleners die werken met OVS zouden moeten voldoen;
- een statistisch onderzoek naar de effecten van OVS op het aantal opnamen in het APZ, de PUK en de RPI en de invloed ervan op de kanalen waarlangs patiënten worden opgenomen in hoofdstuk 4;
- de indicatiestelling voor behandeling-na-opname in hoofdstuk 5;
- slotoverwegingen en een literatuurlijst.

Meerdere onderdelen van dit proefschrift zijn eerder verschenen in de vakpers; enkele daarvan zijn samen met een co-auteur geschreven. Hiervoor zijn redactionele aanpassingen gemaakt zoals een uniforme spelling en de vertaling van engelse citaten.

In navolging van de emancipatoire ontwikkelingen binnen de Nederlandse taal is gekozen voor de mannelijke vorm. Waar 'patiënt' staat, is deze term gekozen boven het begrip 'cliënt' omdat in deze studie onderzoek is gedaan naar patronen binnen het gezondheidssysteem.

## Hoofdstuk 2

### Opname in het psychiatrische ziekenhuis en ambulante crisisinterventie. Enkele overwegingen

- 2.1            Inleiding
- 2.2            (Objectieve?) graadmeters bij de besluitvorming tot opname
- 2.3            'Bedoelingen' rond een opname
- 2.4            Opname of ambulante crisisinterventie?
- 2.5            Korte en lange opnameduur
- 2.6            Opnameprocedure
- 2.7            Beleidsaspecten
- 2.8            Samenvatting



## OPNAME IN HET PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIS EN AMBULANTE CRISISINTERVENTIE. Enkele overwegingen.<sup>x</sup>

### 2.1 INLEIDING

Een opname in een psychiatrisch ziekenhuis is een ingrijpende gebeurtenis, die een oplossing biedt voor sommige problemen, maar tevens nieuwe problemen creëert (vgl. Mechanic, 1969; Wing & Brown, 1970).

Het leven van de achterblijvers wordt ontregeld: dagschema's van gezinnen moeten - vanwege bezoektijden e.d. - worden veranderd.

De patiënt/cliënt wordt, alle pogingen het tegendeel te bereiken ten spijt, gestigmatiseerd: zijn gedrag wordt vanaf het moment van opname beoordeeld als gedrag van een gestoorde; in conflicten wordt conflictgedrag niet als zodanig beoordeeld, maar gezien als 'ziek'; solliciteren is vanaf dat moment moeilijker, naar sommige functies (bij rijk en gemeente) zelfs zinloos geworden.

De patiënt/cliënt wordt door een opname geïsoleerd van zijn systeem en dit laatste (inclusief de hulpverleners) van zijn probleem (vgl. Cooper, 1970). De opname als probleemoplossing kan hiermede zijn intrede doen. Het probleem wordt verschoven van de psychische decompensatie van de patiënt naar de verstoring die hij teweeg brengt. De opluchting die het systeem ervaart na de opname gaat dan werken als bekrachtiger in de reeks 'decompensatie van de patiënt - spanning in het systeem - opname van de patiënt - ontspanning in het systeem'. Dit bekrachtigende effect wordt nog versterkt door het gevoel dat de opname goed is

<sup>x</sup> Eerder verschenen in: Tijdschr. voor Psychiatrie (1981, 23, 10: 577-590 door J.A. Jenner en F.W. Frets).

voor de patiënt. Doordat ook hulpverleners, zoals we later zullen aangeven, zich hierdoor anders gaan opstellen, ontstaat een 'heropname-bevorderend-patroon'.

We willen aantonen dat een opname een cumulatie is van situaties die elk op zich niet obligaant tot een opname leiden en dat de betrokkenen uiteenlopende verwachtingen van zo'n opname kunnen hebben. Op enkele consequenties hiervan willen we in de volgende paragrafen nader ingaan. Tenslotte gaan we in op het effect van ambulante crisisinterventie.

## 2.2 (OBJECTIEVE?) GRAADMETERS BIJ DE BESLUITVORMING TOT OPNAME

Gezien de ingrijpende en verstrekkende gevolgen van een opname in een psychiatrisch ziekenhuis zijn objectieve en overdraagbare criteria voor de indicatie ertoe gewenst. Misschien wordt het hierdoor mogelijk om slechts die mensen op te nemen bij wie een ambulante therapie geen en een klinische behandeling wel succes opleveren en bij wie klinische programma's aantoonbaar betere resultaten geven dan ambulante.

Schudel (1979-c) geeft een opsomming van de factoren die in de afweging betrokken moeten worden. Desondanks beschikken we tot op dit moment niet over een objectieve, overdraagbare maat voor gestoord gedrag van patiënten en/of hun omgeving; m.a.w. er bestaan geen "opname-syndromen" (vgl. Jenner & Frets, 1980).

Uit zijn onderzoek naar het functioneren van de 24-uurs mobiele dienst van de afdeling Geestelijke Hygiëne van de GG en GD te Amsterdam concludeert Romme (1967) dat bij de indicatiestelling diagnostische criteria slechts een kleine rol spelen. De persoonlijkheid van de verwijzer en diens opvattingen over de mogelijkheid of een patiënt met een bepaalde diagnose wel in deze maatschappij kan verblijven

zijn van meer belang. De vooropleiding die de hulpverlener genoten heeft, oefent invloed uit op deze opvattingen (vgl. Mendel & Rapport, 1969), hetzelfde geldt voor zijn mensvisie (vgl. Reid & Epstein, 1977; Jenner & Frets, 1980).

De beoordeling van de symptomen door de verwijzer is een harde noch een constante factor. Deze wordt in sterke mate bepaald door de mogelijkheden voor hulpverlening en opname die op dat moment voorradig zijn (vgl. Elsenburg, A., 1979). In 1962 merkt Luborsky op: "We noted at times a difficult to combat difference in our judgements of mental health when it was known that a person had sought treatment: patients tended to be judged sicker and non-patients healthier than they were".

Evenmin als de symptomen blijkt de mate van urgentie een objectief gehanteerde maat. Giel (1973) vindt: "Toch is het opmerkelijk dat tegen de achtergrond van de dikwijls aangevoerde schaarste aan bedden of personeel voor die bedden, van de minder urgente aanvragen ruim een derde binnen 24 uur wordt opgenomen, terwijl aan een kwart van de urgente aanvragen niet onmiddellijk kan worden voldaan" (p. 116).

In de praktijk blijken factoren als de verwijzende instantie (SPD-aanvragen worden minder snel gehonoreerd dan die van een huisarts of de eigen polikliniek) en de leeftijd van de patiënt (bejaarden minder snel) een rol te spelen (vgl. Giel, 1973). Giel merkt op: ".... is er eigenlijk maar één conclusie mogelijk, namelijk dat de ziekenhuizen selectief opnemen en afwijzen" (p. 122).

Mendel & Rapport (1969) hebben een dubbelblind onderzoek gedaan naar de criteria die worden gebruikt door de opnemende teamleden. Enkele van hun conclusies willen wij aanhalen:

De leden van het opname-team waren ervan overtuigd dat hun beslissing om wel of niet over te gaan tot opname voornamelijk was gefundeerd op de ernst van de symptomen.

Desondanks bleek de besluitvorming tot opname niet te zijn gerelateerd aan de ernst van de symptomen op het moment dat dit besluit werd genomen. Zo bleek o.a. dat het aantal opnamen 's avonds en in het weekend tweemaal zo hoog was dan op andere tijdstippen, terwijl de symptomen in die periode niet ernstiger waren dan overdag (p. 323). Wel bestond er relatie met persoonlijke-, administratieve- en andere niet-psychiatrische factoren.

Het besluit om wel op te nemen bleek uitgesproken gebonden te zijn aan het gegeven of een patiënt eerder opgenomen was. Het gegeven van een eerdere opname bleek geen correlatie te hebben met de ernst van de symptomen. Met andere woorden, ondanks het feit dat iedereen dacht dat de ernst van de toestand een doorslaggevende rol in zijn indicatiestelling had gespeeld, bleek bij de besluitvorming rond een psychiatrische opname, een eerdere opname in een psychiatrisch ziekenhuis de enige factor met statistische significantie te zijn. Op basis van de Nederlandse gegevens concludeert Ten Horn (1976): "Zo werden degenen die vroeger al eens waren opgenomen vaker heropgenomen."

Romme (1967) schrijft: "Een opname in een psychiatrisch ziekenhuis is niet zozeer het resultaat van een klinisch denkproces, maar veel(al)er de consequentie van een relatiepatroon, leefmilieu en arts" en: "Voorts bestaan er geen aanwijzingen dat de patiënten ertoe neigen bij herhaling een oplossing voor hun problemen te zoeken in een psychiatrisch ziekenhuis, zodat men, als de wens tot opname bij een patiënt en/of milieu van invloed waren op de opnamebeslissing, zich zal moeten afvragen of een psychiatrische opname niet meer een negatieve selectie (niet meer in de maatschappij menen te kunnen verblijven) dan wel een positieve (genezingsmogelijkheden in het ziekenhuis) inhoudt" (p. 113).

Wij willen deze paragraaf als volgt afsluiten: Er bestaat



geen opnamesyndroom. De beslissing tot opname is de resultante van een aantal deelsituaties. Naar onze mening zou elk van deze situaties op zich zelf niet absoluut behoeven te leiden tot een opname. Wij achten het wenselijk dat deze samengestelde patronen worden teruggebracht tot een reeks deelsituaties, om daarna interventies te plaatsen, gericht op de veranderbare deelsituaties. Hierdoor blijkt het, naar onze ervaring, regelmatig mogelijk om de weegschaal te laten doorslaan naar niet-opnemen (vgl. Hoogduin & Van den Bosch, 1978; Hoogduin & Den Haan, 1979; Hoogduin & Druijf, 1980; Jenner & Frets, 1980; Jenner & Henneberg, 1982 en Jenner, 1982-a).

### 2.3 'BEDOELINGEN' ROND EEN OPNAME

Naast de situaties die bepalend zijn bij een opname, spelen de verwachtingen van en de bedoelingen met een opname een rol. In het gehele proces van aanvraag tot en/of realisering van een opname willen we vier groepen belanghebbenden onderscheiden: de patiënt/cliënt; de familieleden of omwonenden; de verwijzer en het psychiatrisch ziekenhuis. Voor een adequate hulpverlening is het ongewenst dat de respectievelijke verwachtingen van de behandeling, dus ook van de opname als vorm van behandeling bij de respectievelijke betrokkenen van elkaar verschillen. Een dergelijke overeenstemming in de verwachtingen komt allerm minst automatisch tot stand. Verschillen ertussen blijken frequent voor te komen (Frets, 1977; Giel, 1979; Pols, 1980). Zij dienen derhalve te worden geëxpliciteerd omdat een eensluidende verwachting het nuttige effect van een opname kan vergroten en omdat bij gebleken verschillen in de verwachtingen andere mogelijkheden dan een opname de voorkeur kunnen krijgen. Op enkele bedoelingen willen wij nader ingaan:

#### a. Denkmodel

Elk individu zit verweven in zijn eigen sociale systeem, zoals zijn gezin en/of familie, hulpverleningskanaal, werk en maatschappelijke groepering (club, buurt, e.d.). Ieder bedient zich van een of meer denkmodellen die correleren met de door hem gehanteerde normen en waarden.

In een recent Nederlands voorbeeld buigen Offerhaus (1979) en Bakker (1979) zich over de vraag: Wat is erger: ten onrechte opnemen of ten onrechte niet opnemen? Offerhaus komt aan de hand van een kansberekening tot de conclusie dat ten onrechte opnemen zwaarder weegt, omdat "er honderd maal zoveel personen dienen te worden opgenomen en geobserveerd, dan er zelfdodingen zullen plaatsvinden" (1979, p. 656). Bakker vindt elke suicide te veel en neemt dan liever voor niets op. In de opvattingen van beide auteurs spelen, naast de diagnostische aspecten, waarschijnlijk ook hun noties over 'Wat is het menselijk leven waard?' en 'Wat is een menswaardig leven' een rol.

Deze denkmodellen hebben betrekking op de wijze waarop een "deviant" ontstaat en op de manier waarop hij bejegend moet worden door hulpverleners en de leden van het volgens die respectieve modellen relevante sociale systeem waartoe hij behoort.

Ze besturen mede de interactionele processen tussen mensen, ook hun denken over het patiënt-zijn en over de noodzaak van een opname (vgl. Reid & Epstein, 1977; Giel, 1979). Siegler & Osmond (1966) hebben zes van deze modellen omschreven: het medische, het morele, het psychoanalytische, het gezinsinteractionele, het samenzwerings en het sociaal-interactionele model.

## b. Specifieke bedoelingen

Een opname is een doorverwijzing. Meerdere motieven kunnen hierbij voor de verwijzer een rol spelen, zoals een verzoek om diagnostiek, advies of behandeling; geruststelling van de patiënt, zijn familie en de verwijzer; financiële aspecten; druk van de patiënt, de familie of zijn omgeving; verstoorde arts/patiënt relatie; machteloosheid e.d. Timmers en Sterwers (1976) noemen de volgende motieven oneigenlijk:

1. Het gebruik van het psychiatrisch ziekenhuis als ultimatum refugium in geval van therapeutische onmacht. Bijkomende psychiatrische problematiek wordt gebruikt om een patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis te laten opnemen;
2. Het gebruik van het psychiatrisch ziekenhuis als asiel voor maatschappelijk moeilijk plaatsbare 'devianten';
3. Het gebruik van het psychiatrisch ziekenhuis als verlengstuk van het politionele- of justitiële apparaat;
4. Het gebruik van het psychiatrisch ziekenhuis op grond van een dubieuze motivatie van de omgeving van de patiënt.

In sommige van deze situaties lijkt ons een aanvraag tot een opname niet de meest logische volgende stap; een doorverwijzing naar een andere ambulante hulpverlener, een consult, e.d. bieden mogelijkheden met minder nadelige gevolgen voor de patiënt. Dit vereist wel structurele veranderingen binnen de gezondheidszorg.

Ook het systeem heeft vaak meer en specifieke bedoelingen. Voor sommige cliënten kleven er aan een echtscheiding onoverkomelijke morele bezwaren. Meermalen hebben wij bemerkt dat door deze gezinnen een opname in een psychiatrisch ziekenhuis wordt verkozen boven een echtelijk conflict. Toch is in beide gevallen sprake van een scheiding. In het laatste geval wordt de morele verantwoordelijkheid (ten onrechte?) afgewenteld op de medici (vgl. Goffman, 1957).

In de beweegredenen van meerdere participanten kunnen financiële motieven meespelen welke elkaar kunnen versterken. De familie verwerpt soms het wonen in een gezinsvervangend tehuis op financiële gronden en prefereert periodieke opnamen in een psychiatrisch ziekenhuis, hetgeen parallel loopt met het feit dat volle bedden economisch beter zijn voor de bedrijfsvoering dan lege.

Wij willen het bovenstaande toelichten aan de hand van de zgn. afkoelingsperiode. Hoewel uit de ambulante praktijk bekend is dat conflicten niet worden opgelost door een persoon tijdelijk te elimineren zonder tegelijkertijd de strijdende partijen nader tot elkaar te brengen, wordt dit toch regelmatig geprobeerd. Een grote rol hierbij speelt de visie van de hulpverlener. Geredeneerd vanuit een interactioneel model is het onlogisch een persoon te elimineren uit zijn systeem. Moet men toch overgaan tot een opname in een psychiatrisch ziekenhuis, dan dient men het systeem op te nemen of er voor te zorgen dat dit in behandeling blijft door intramuraal systeemzittingen te houden, danwel de cliënt verlof te geven de zittingen thuis mee te maken. Vanuit een systeemtheoretische visie zal men een crisis niet per definitie als gevaarlijk of ongewenst zien. Met de crisis zal eerder worden omgegaan als een moment van verhoogde toegankelijkheid voor de behandeling. Het psychiatrisch ziekenhuis wordt volgens ons te snel als afkoelingsoord gebruikt.

Wij hebben gemerkt dat een tijdelijk onderdak bij familie of vrienden, in een hotel of een herstellingsoord in sommige gevallen even goede mogelijkheden biedt. Dit heeft het voordeel dat het minder stigmatiserend werkt. In onze dagelijkse praktijk merken wij hoe vaak wordt vergeten deze mogelijkheden minutieus uit de pluizen. Het blijkt makkelijker om in een psychiatrisch ziekenhuis op te nemen dan om familie te mobiliseren of de Sociale Dienst te bewegen tot het betalen van een hotel.

## 2.4

## OPNAME OF AMBULANTE CRISISINTERVENTIE?

In deze paragraaf willen wij aan de hand van literatuurgegevens ons standpunt onderbouwen dat ambulante crisisinterventie de voorkeur geniet boven het uit gewoonte opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis.

Het blijkt dat met goede crisisinterventie veel psychiatrische opnamen vermeden kunnen worden (vgl. Hoogduin & Van den Bosch, 1978; Jenner, 1978-b; Hoogduin & Den Haan, 1979; Hoogduin & Druyf, 1980, Jenner, 1982-a; Jenner & Henneberg, 1982). De opname-heropname-spiraal zou hierdoor mogelijk doorbroken kunnen worden.

De ontwikkeling van psychofarmaca, allerlei tussenvoorzieningen en nieuwe vormen van psychotherapie hebben de ambulante mogelijkheden vergroot en de opnameduur in het psychiatrisch ziekenhuis doen afnemen (vgl. Offerhaus, 1973; Van Ree, 1975; Van Wirdum, 1976). Langsley, et al. (1968 a en b) toonden aan dat ambulante crisisinterventie (ACI) de hospitalisatie/rehospitalisatiespiraal een halt kan toeroepen. Zij verdeelden alle patiënten bij wie het psychiatrisch ziekenhuis na een intake-gesprek besloten had om de vraag tot opname te honoreren 'at random' in een opnamegroep en in een ambulante groep, die in plaats van de opname ambulante crisisinterventie kreeg (300 patiënten). Van de opnamegroep werd 100% opgenomen met een heropname binnen zes maanden in 21% van de gevallen. Van de ACI-groep werd 82% niet opgenomen in een psychiatrische setting. In 18% moest toch worden overgegaan tot opname; het betreft hier een eerste opname en geen heropname. Bij follow-up na 18 maanden werden dezelfde gegevens gevonden (Langsley, et al. 1969 en 1971).

Met behulp van ACI wordt het aantal opnamen teruggedrongen zonder toename van het aantal heropnamen (Langsley, 1971).

Decker en Stubblebine (1972) kwamen tot hetzelfde resultaat; hun follow-up periode bedroeg 2½ jaar. Smith et al. (1974) vonden gedurende een follow-up van vier jaar dat ACI geen hoger percentage heropnamen geeft dan een directe opname.

Nu zeggen getallen over (her)opnamen niets over de manier waarop cliënten zich kunnen handhaven in de maatschappij, niets over levensgeluk e.d. Op zich zijn dit moeilijk te meten aspecten die sterk afhangen van gehanteerde normen en waardesystemen.

In het onderzoek van Langsley blijkt de ACI-groep er bij ontslag noch na 18 maanden bij follow-up slechter aan toe te zijn dan de opnamegroep. De beoordeling werd gedaan op basis van de sociale aanpassing, het persoonlijk functioneren, de symptomen, het gezinsfunctioneren, het aantal heropnamen, het optreden van crises na de behandeling, de arbeidsgegevens (Langsley, D.G. et al, 1968 b, 1969 en 1971). Soortgelijke bevindingen vermelden Decker en Stubblebine (1972).

Een zeer belangrijk gegeven is de tevredenheid van de patiënt en zijn familie over de genoten behandeling. Een tevreden patiëntensysteem zal eerder geneigd zijn het contact te hernieuwen wanneer zich later (weer) problemen mochten voordoen. Smith, et al., (1974) en Stein en Test (1976) vonden dat patiënten uit de ACI-groep en hun familie significant vaker tevreden waren over de genoten behandeling dan die uit de opnamegroep. Herz, et al., (1976) vonden dat de klachten van familieleden niet verminderden door een opname van de geïdentificeerde patiënt: "It is of great interest that there were few differences in the frequency of items reflecting burdens as a function of whether the patient was in the community or in the hospital, and none was significant. Family members reported symptoms .... whether the patient was at home or in the hospital".

Ter voorkoming van een eventueel misverstand: wij willen zeker niet beweren dat patiënten nooit opgenomen moeten worden. Ons inziens blijven er indicaties bestaan voor een opname (vgl. Hoogduin & Den Haan, 1979). Moet men toch besluiten tot een opname dan is het goed zich te realiseren welke invloed de duur van de opname heeft op het uiteindelijke psycho-sociale functioneren van de patiënt.

## 2.5

### KORTE EN LANGE OPNAMEDUUR

Caffey, et al., (1971) constateren: "The brief treatment group showed as much sustained improvements as those who stayed longer", toen ze 201 schizofrene patiënten 'at random' verdeelden over een korte opname en de gebruikelijke, door het beeld bepaalde opnameduur en ontslagdatum. In een grote prospectieve studie met twee jaar follow-up vergeleken Glick et al. de effecten van een korte behandeling (3-4 weken) met langduriger opnamen (3-4 maanden) bij twee statistisch vergelijkbare groepen patiënten (Glick, et al., 1974-a en b, 1976-a, b en c; Hargreaves, et al., 1977).

De groepen werden o.a. vergeleken op: symptomatologie, re-hospitalisatie, gezinsfunctioneren, burgerlijke stand, werkanamnese en psychiatrisch onderzoek. Hun conclusies moeten ons inziens van groot belang worden geacht. Kort samengevat luiden ze:

1. Langduriger opgenomen, niet-schizofrene patiënten functioneerden bij hun ontslag net zo goed als kort opgenomen patiënten (1976-a, p. 78). Op basis van hun follow-up gegevens zeggen ze: "..... findings for non-schizophrenic patients do not support extended hospitalization" (1976-b, p. 515).
2. Kort opgenomen schizofrene patiënten functioneerden na vier weken beter dan de groep die geen kortdurende

behandeling kreeg.

Langduriger opgenomen schizofrene patiënten functioneerden bij hun ontslag (na  $\pm$  4 maanden) beter dan de kortdurend opgenomen groep bij hun ontslag (na  $\pm$  4 weken) (1974, p. 385). Een jaar na ontslag bleek de langduriger opgenomen groep globaal beter te functioneren (1976 b). Dit globale effect is echter twee jaar na het ontslag verdwenen (Hargreaves et al., 1977). De langduriger opgenomen groep gebruikte na twee jaar meer anti-psychotische medicatie dan de groep met een korte opname.

Samenvattend kan worden gezegd:

- Langdurig opgenomen, als schizofreen gediagnostiseerde patiënten maken het na twee jaar niet beter dan kortdurend opgenomen als schizofreen gediagnostiseerde patiënten. De long-stay groep gebruikte bij follow-up meer anti-psychotische medicatie. Dit treft ons des te meer omdat de long-stay groep een aantal eigenschappen vertoonde die als prognostisch gunstiger worden beschouwd;
- Voor niet-schizofrene patiënten geldt reeds vanaf de datum van ontslag dat de long-stay groep niet beter functioneert dan de short-stay groep.

De bevindingen over de invloed van de opnameduur op het uiteindelijke functioneren na ontslag zijn bij de behandeling van alcoholisten overeenkomstig (vgl. Ritson, 1968). Willems, et al., (1973) vonden bij de vergelijking van twee 'at random' samengestelde groepen van alcoholici dat de resultaten van een korte opname (4 weken) niet onderdoen voor die van een lange.

Waar er weinig te bepleiten valt voor lange opnamen zouden zij o.i. slechts moeten plaatsvinden op uitgesproken indicatie. Nadelige nevenverschijnselen van een opname zoals isolatie en terugtrekgedrag worden hierdoor minimaal gehouden. Tegen een dergelijke denkwijze wordt wel tegen-



geworpen dat de kans op heropname voor kort opgenomen patiënten hoger is dan voor de langer opgenomen patiënten (vgl. Schudel, 1976), een mening die wordt gedeeld door Ten Horn (1976; 1979). Voorzichtigheid bij de interpretatie van de gegevens van Schudel is geboden omdat bij zijn onderzoek geen controlegroep is gebruikt en omdat de invloed van tussenvoorzieningen na ontslag niet is bestudeerd (vgl. Haveman, 1980).

Bij de beoordeling van het draaideurfenomeen moet aan meerdere factoren aandacht worden besteed, waarvan wij noemen:

- het totaal van de opname- en heropnamedagen dient te worden vergeleken met een korte en een langere opnameduur bij twee statistisch vergelijkbare groepen, omdat een cliënt uit de korte opnamegroep een of meerdere heropnamen kan hebben in de periode dat iemand uit de langere opnamegroep nog aan zijn eerste opname bezig is;
- de beoordeling van het heropnamecijfer berust op de waardenormen van de hulpverlener, diens mensvisie en visie op hulpverlening. Ons zijn geen bewijzen bekend op grond waarvan een langdurige opname de voorkeur zou genieten boven enkele korte crisisopnamen of omgekeerd;
- het heropnamecijfer mag nooit los van de behandeling na het ontslag worden beoordeeld.

Haveman (1980-a) geeft een achttal oorzaken voor het verschijnsel van de heropname:

- a. veranderingen in de doelstellingen van psychiatrische ziekenhuizen;
- b. het functioneren van andere intramurale GGZ-instellingen;
- c. de effectiviteit van intramurale psychiatrische behandeling op langere termijn;
- d. de rechtspositie van psychiatrische patiënten; minder opnemingen krachtens een rechterlijke machtiging;

- e. de effectiviteit van extramurale psychiatrische behandelingen, met name aandacht voor de organisatie van en de continuïteit in de psychiatrische nazorg;
- f. de tolerantie van het gezinssysteem;
- g. de beschikbaarheid van woonvoorzieningen voor (ex-) psychiatrische patiënten met huisvestingsproblemen;
- h. de toename van personen met drug- en alcoholproblematiek.

Wij achten het niet uitgesloten, dat continuïteit in de ACI het heropnamecijfer doet dalen. Een goede aansluiting op elkaar van de verschillende behandelingsinstituten is hiervoor noodzakelijk (vgl. Jenner, 1984-c). Ondersteuning voor deze mening vinden wij bij meerdere Amerikaanse onderzoeken, waaruit bleek dat, mits deze continuïteit was geregeld korte opnamen niet leidden tot een hoger percentage heropnamen dan lange(re) opnamen (vgl. Caffey, et al., 1971; Herz et al., 1975; Glick et al. 1976; Hargreaves, et al., 1977). Een onderzoek in deze richting met inachtneming van de genoemde valkuilen lijkt ons in Nederland gewenst.

## 2.6

### OPNAMEPROCEDURE

Dat ACI resultaten oplevert die niet slechter zijn dan de resultaten van een opname, benadrukt de noodzaak van een afgewogen opnameprocedure. De praktijk is helaas anders. Opnamen worden geregeld door niet psychiatrisch geschoolde medici, de politie, de sociale dienst, de familie, de patiënt zelf en soms zijn zielszorger, in samenspraak met de secretaresse van een geneesheer-directeur. Te vaak wordt ons inziens een bed toegewezen zonder dat een intake-gesprek heeft plaatsgevonden.

De Jong (1979) wijst erop hoe de echelonnering binnen de gezondheidszorg ertoe heeft geleid: "dat individueel lijden niet meer ingebouwd is in een terugkoppelingsmecha-

nisme dat de maatschappij als het ware dwingt tot verandering". M.a.w. de psychiatrische opname is losgekoppeld van de gemeenschap en heeft haar aanklachtfunctie in die richting verloren.

Wij stellen voor dat niet tot opname wordt overgegaan als niet eerst de mogelijkheid van ambulante therapie door daartoe opgeleide hulpverleners is beproefd. Bij acute crises als suïcidaliteit, acute psychosen e.d. dient eerst ACI geprobeerd te worden omdat anders mogelijk ten onrechte wordt opgenomen.

Bij opnamen in een APZ moet verwezen worden naar een bepaalde behandelingsmethodiek. Het is nodig dat hiertoe een positieve indicatie wordt gesteld tegen de staalkaart van therapievormen die elk centrum biedt. Deze staalkaart zal regelmatig moeten worden bijgesteld en dient te worden afgestemd op de behoeften in "het veld". Deze afstemming op elkaar van hulpverlenende instanties lukt maar matig, waaronder de continuïteit van zorg lijdt. Dit is een bezwaar van de huidige organisatievorm van de GGZ die een volstrekt autonome opstelling per instituut toestaat.

Een opname volgens plan mag pas worden gerealiseerd nadat een intake-gesprek is gehouden met de patiënt en zijn sleutelfiguren en nadat gebleken is dat vraag en aanbod van de behandeling op elkaar zijn af te stemmen en de ambulante hulpverlening voldoende is ingeschakeld. Bij een opname voor observatie dient een - naar behoefte te wijzigen - gefaseerd behandelplan te worden opgesteld.

Opnamen dienen te worden gedifferentieerd in behandelings- en maatschappelijk sanerende opnamen.

## 2.7

### BELEIDSASPECTEN

Wij willen proberen een voorzichtige aanzet te geven voor het beleid bij de door ons beschreven aanpak van acute

(psychiatrische) crises.

Het feit dat de meeste publicaties uit Amerika stammen bemoeilijkt deze poging door de grote verschillen in diagnostiek, structuur van de hulpverlening, financiering van de gezondheidszorg en sociale wetgeving. Gezien echter onze eigen ervaringen met ACI, ook bij ernstig psychiatrisch gestoorde patiënten, achten wij uitstel van de meningsvorming en de beleidsbepaling in deze onjuist (vgl. Hoogduin & Van den Bosch, 1978; Jenner, 1978-b; Hoogduin & Den Haan, 1979; Hoogduin & Druijf, 1980; Jenner & Frets, 1980; Jenner, 1982-a; Jenner & Henneberg, 1982).

Langsley & Yarvis (1978) beschrijven dat in Sacramento County met een dergelijke aanpak het aantal opnamen in het State Hospital is gedaald met 99%. Bij dit project werd prioriteit gegeven aan ACI boven andere vormen van hulpverlening binnen de GGZ. De ambulante sector werd uitgebreid met zeer goed geoutilleerde - voldoende bemande en geschoolde, multi-disciplinaire crisisinterventieteams. Ook in Nederland zouden voor de door ons voorgestane ambulante aanpak dergelijke teams nodig zijn, die regionaal optreden en organisatorisch een plaats hebben in de acute hulpverlening. De hulpverlening zal één hecht geheel moeten vormen zonder dublures. In dit verband is het verheugend dat ook van de zijde der zelfstandig werkende zenuwartsen een regionale en gezamenlijke werkverdeling wordt bepleit (vgl. Van der Beek, 1980). De kleinere APZ-en en PAAZ-en dienen alle in een duidelijk hulpverleningscircuit te zijn opgenomen en binnen de regio te liggen en niet buiten de gemeenschap teneinde een goed contact tussen de maatschappij en het opgenomen individu te garanderen (vgl. de Jong, 1979).

Acute crisisinterventie, zoals wij die voorstaan, vereist een pakket van werkzaamheden dat flexibel is qua vorm en inhoud en qua tijdsinvestering. Deze werkzaamheden zijn

minder goed te financieren binnen een verrichtingensysteem: per geval is er een te grote variatie in omvang en aard van de geleverde hulp. Een budgetfinanciering is hiervoor beter geschikt. Deze budgetfinanciering heeft bovendien het voordeel dat de blik van hulpverleners niet primair naar binnen is gericht op het eigen efficiënte instituut maar meer naar buiten om met de beschikbare middelen gezamenlijk zo efficiënt mogelijk een programma voor de regio te leveren. Als dit goed werkt, is het niet uitgesloten dat een snelle, in zijn fasen goed op elkaar aansluitende hulpverlening en vermindering in het aantal opnamedagen enige verschuiving van de middelen van de intra- naar de extramurale zorg toelaten.

## 2.8

### SAMENVATTING

Er bestaat geen opnamesyndroom. De beslissing tot een opname in het psychiatrisch ziekenhuis is een optelsom van deelsituaties, die er elk voor zich niet noodzakelijkerwijze toe behoeven te leiden. In de afweging van deze factoren blijken diagnose, ernst van de symptomen of sociale omstandigheden e.d. geen significante rol te spelen (vgl. Mendel & Rapport, 1969; Luborsky, 1962).

De enige factor met voorspellende waarde is volgens Mendel en Rapport een eerdere psychiatrische opname.

Prognostisch vergelijkende onderzoeken naar het effect van opnamen in een APZ laten zien dat ambulante crisisinterventie geen slechtere resultaten geeft dan opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Wanneer opname in een APZ moet plaatsvinden, blijkt een korte opname (4 weken) geen slechtere resultaten te geven dan een langere hetgeen geldt voor schizofrene- en niet-schizofrene patiënten alsmede voor alcoholici.

Op enkele terreinen - o.a. hun probleemoplossend vermogen -

bleken patiënten, geholpen met ACI, na hun behandeling beter te functioneren dan patiënten die opgenomen werden. Zowel patiënten als hun familieleden waren vaker tevreden over ACI dan over een opname in een APZ.

Wij menen derhalve dat het van belang is om ook bij ernstige problematiek eerst acute crisisinterventie te proberen. Wanneer een opname is geïndiceerd, dient deze een onderdeel te vormen van een groter behandelplan.

## Hoofdstuk 3

### Opnamevoorkógende strategieën in de praktijk

- 3.1 De vraag om opname in het APZ, opnamevoorkomende strategieën en de crisistheorie
- 3.2 Opnamevoorkomende strategieën en de vraag om onvrijwillige opname
- 3.3 De ambulante behandeling van acute psychosen, geïllustreerd met een gevalsbeschrijving
- 3.4 Enkele interventies bij cliënten met mutisme
- 3.5 Suïcidaal gedrag bij kinderen en adolescenten
- 3.6 Paradoxe communicatie door godsdienstig gedrag
- 3.7 De tegoedbon: een hulpmiddel tegen behandelingsverslaving
- 3.8 Opleidingsaspecten

Het enige wat deze zieken van anderen scheidt, is hun onmacht zich op verzoek bij een der traditionele waansystemen neer te leggen.

W.F. Hermans, 1979.





### 3.1 DE VRAAG OM OPNAME IN HET APZ, OPNAMEVOORKOMENDE STRATEGIEEN EN DE CRISISTHEORIE.

#### De crisistheorie.

Het begin van de crisistheorie wordt algemeen gelegd bij Lindemann's artikel over de 'acute rouw' (1944). Het onderwerp van zijn artikel heeft grote invloed gehad op het gebied waarop in de beginperiode de aandacht van de crisistheorie gericht is geweest. Deze betrof voornamelijk de emotionele aspecten van het crisisgebeuren. In een voortreffelijk overzichtsartikel extrapoleert Gersons (1981) vier hoofdinvoeden uit het werk van Lindemann: 1) het normaliseren van rouwreacties, met gelijktijdige handhaving van de begrippen 'syndroom' en 'pathologisch'; 2) de beperking in de tijd van een crisisproces; 3) het inzicht dat tijdens dit proces 'werk' moet worden verricht en 4) de crisis van het individu wordt geplaatst binnen een proces van sociale interactie.

Deze bevindingen zijn door Caplan (1961-a en b, 1964) generaliseerd naar andere dan rouwsituaties. In zijn werk wordt uitgewerkt welke rol probleemoplossende vermogens spelen in crisissituaties. Evenals Lindemann benadrukt hij het eindige van een crisis, de inductie van een (nieuwe) homeostase door de crises en de emoties rondom dit gebeuren. Dit laatste aspect heeft hij verrijkt door te wijzen op het belang van anticiperende emoties in de afwikkeling van een crisis (vgl. Gersons, 1981). De grote verdienste van Caplan is dat hij aan de emotionele aspecten van een crisis een cognitief gebeuren van waarnemen en verwerken heeft toegevoegd. De invloed hiervan op het praktische werk (de crisisinterventie) is ingrijpend te noemen. Het navragen van normen en waarden, het uitvragen van wederzijdse verwachtingen, de invloed van rolgedrag en

rolverwachting worden evenals de manier waarop hierover wordt gecommuniceerd, methodisch inpasbaar en geoperationaaliseerd. Probleemoplossend handelen krijgt een plaats naast de emotionele verwerking. Eveneens heeft Caplan - door de introductie van het draagkracht-draaglast evenwicht in de crisistheorie - een brug geslagen naar de sociale psychologie. Door inzichtelijk te maken dat ieder individu psychisch kan decompenseren, mits de draaglast zwaar genoeg is, ontdeed hij het crisisdenken expliciet van een ziektemodel. In eerste instantie zal de decompensatie zich afspelen op het emotionele vlak. Mensen reageren somber, verdrietig of boos. Is de druk echter zwaar genoeg dan kunnen ook de cognitieve functies het begeven, wat zelfs tot psychotische verschijnselen kan leiden.

Een verband tussen de fasen waarin een crisis verloopt en de richting waarheen het individu zijn aandacht richt (heden, verleden of toekomst), is gelegd door Tyhurst (1957). Hij spreekt van een 'tijdsperspectief beleven' (vgl. Gersons, 1981). Het individu dat door een crisis wordt overspoeld, reageert - in eerste instantie - min of meer automatisch. De aandacht is gefixeerd op het heden en op de direct nabije toekomst. Planning van de toekomst is hierdoor niet mogelijk. Hierop volgt een 'terugslagfase' waarbij de aandacht is gepreoccupeerd met het onmiddellijke verleden. Pas de post-traumatische fase laat weer ruimte voor een integratie van heden, verleden en toekomst. Er bestaat weer aandacht voor een ruimer tijdsperspectief.

Ter afsluiting is het goed zich te realiseren dat de waarde van de crisistheorie relatief is. Ze is voornamelijk gebaseerd op ervaringsgegevens. Onderzoek naar de houdbaarheid daarvan heeft nauwelijks plaatsgevonden. Zo is nog onvoldoende bewezen dat een goed-verwerkte crisis preventief werkt en dat een minder goed doorlopen crisis predisponeert voor het ontstaan van psychopathologische gedragingen.

De laatste jaren lijkt een meer integraal crisismodel in ontwikkeling te zijn. Het concept van gefixeerde crisisfasen die volgens een voor iedereen vast stramien verlopen, is niet alleen opgegeven omdat het onwerkbaar is, maar ook en vooral omdat het niet bleek te stroken met de realiteit. Zo heeft Caplan (1974) de periode waarbinnen een crisis wegens rouw afgerond dient te worden, aanzienlijk uitgebreid en sterk geïndividualiseerd. Hierdoor is het meer een crisis geworden in de betekenis van een overgangsfase (vgl. Van der Hart, 1978). Het vertoonde crisisgedrag blijkt nauwelijks te worden beïnvloed door de aard van de crisis. Naast een algemeen crisispatroon blijkt er sprake te zijn van specifiek individuele gedragingen (vgl. Halpern, 1973, 1975). Persoonlijkheidsstructuur, eerdere levenservaringen, ecologische- en etnische factoren blijken van invloed op het beloop van een crisis (vgl. Lukton, 1982). Een groeiend besef van de noodzaak van een gedegen kennis van psychopathologie en psychofarmaca loopt hieraan parallel.

De Opname Voorkomende Strategieën (OVS) die worden beschreven en wier effecten op de opnamestroom zijn onderzocht (Jenner & Nagels, 1983), zijn gebaseerd op zo'n integraal crisismodel.

#### Definiëring van het begrip crisis.

Een crisis wordt door Smith (1978) gedefinieerd als: "Elk probleem dat door het individu wordt ervaren als ernstig, zonder dat hij hiervoor een directe oplossing ziet" (p. 398). In deze definitie zijn de begrippen emotie, probleemoplossing en tijdsperspectief-beleving terug te vinden. Caplan (1964) incorporeert in een van zijn omschrijvingen het waarnemen en het leren aan vroegere ervaring of secundair-proces-lernen: "..... een probleem waardoor het indi-

vidu stimuli waarneemt die een fundamentele behoeftenbevrediging in gevaar brengen, terwijl de omstandigheden van dien aard zijn dat de gebruikelijke probleemoplossende vermogens - gemeten aan eerdere ervaringen - niet toereikend worden geacht".

De definities laten een mogelijke genesis van een crisis buiten beschouwing. Het vraagstuk van de etiologie vinden we wel uitgewerkt in de omschrijving van verschillende soorten crises.

#### Soorten crises.

De mens doorloopt verschillende ontwikkelingsfasen. De verwarring die optreedt bij een fase-overgang is onderzocht door Erikson (1968). Ieder mens maakt bij een fase-overgang - in milder of heviger vorm - een ontwikkelingscrisis door. Zo'n crisis is nauw verbonden met veranderingen in rolverwachtingspatroon en in rolgedrag. Een ontwikkelingscrisis is daardoor niet alleen normaal maar per definitie ook interactioneel bepaald. Het goed doorstaan van zo'n crisis is een noodzakelijke voorwaarde voor het ontwikkelen van een eigen identiteit. In het cultuurpatroon van een gemeenschap zijn rituelen ontstaan die de fase-overgang voor het individu en zijn leefgemeenschap moeten vergemakkelijken (Van der Hart, 1978). Deze rituelen bieden het micromilieu de gelegenheid om gezamenlijk de crisis te doorleven naar een beter evenwicht. Het wegvallen van deze rituelen vermindert de helpende potenties van het micromilieu en versterkt de behoefte aan professionele hulpverlening. Hulpverleners kunnen er - onbedoeld - zelfs toe bijdragen dat het eigen milieu de van origine aanwezige krachten niet meer gebruikt en a.h.w. verleert deze te hanteren.

Naast ontwikkelingscrises worden accidentele crises onder-

scheiden. Deze zijn niet gebonden aan de levenscyclus en ontstaan wanneer een persoon overmatig wordt belast. De aard van de crisogene gebeurtenissen kan zeer divers zijn. Niet iedereen maakt dezelfde gebeurtenissen mee, noch een zelfde aantal. Hill (1965) onderscheidt crises door: uitbreiding van het systeem door bijvoorbeeld geboorte, loggés, e.d.; verkleining van het systeem door bijvoorbeeld overlijden, ziekenhuisopname, uit-huis-gaan van kinderen, scheiding, werkloosheid, e.d.; en tengevolge van gedemoraliseerd raken door tegenslagen en de eruit voortvloeiende wanhoop.

Vooraf de kwalitatieve aspecten van crises zoals de intensiteit en de subjectieve beleving ervan zijn evenals de invloed daarop van vroegere ervaringen (paratactic distortion), elders beschreven. Kwantitatieve factoren zijn echter eveneens belangrijk.

Een gebeurtenis met relatief geringe stress-waarde kan door zijn tijdsduur toch de draagkracht overstijgen; evenzo de cumulatie van meerdere relatief weinig crisogene situaties (Holmes & Rahe, 1964).

Bij een verzoek tot opname is nagenoeg altijd sprake van cumulatieve factoren (vgl. Jenner & Frets, 1981). In de praktijk van de OVS is dit geoperationaliseerd in het "afpellen van de crisis".

De accidentele crises zijn - mogelijk door hun diversiteit - minder gekoppeld aan geritualiseerde patronen. De opvang in en door het micromilieu is navenant minder.

Op een geheel ander niveau wordt onderscheid gemaakt tussen maatschappelijke- en psychiatrische crises. De eerste zouden voornamelijk interactioneel zijn bepaald en voorkomen bij tijdelijk uit hun evenwicht geraakte, voorheen stabiele mensen (Istha, 1977; Van Nieuwenhuijzen, 1977). Psychiatrische crises zouden dan moeten optreden bij voorheen psychisch zieke mensen. Dit onderscheid is terug te voeren

op een modellenstrijd. De zekerheid waarmee beide kampen hun gelijk claimen, mag gezien de huidige (ontoereikende) kennis van zaken over mogelijke causale verbanden verbaazingwekkend worden genoemd. Er lijkt eerder sprake van dogma's dan van wetenschappelijk onderbouwde visies. Dogma's die doorgewerkt hebben in selectieprocedures en werkwijzen en als zodanig verstrekkende nadelige gevolgen hebben gehad voor de consument (vgl. Beenackers, 1976, 1977, 1979 en 1982; Beenackers & Donker, 1981 en Donker, 1982). Het maken van voornoemd visie-onderscheid is mede ondeugdelijk omdat het in de praktijk van de hulpverlening niet uitvoerbaar is. Op de crisishulppost van het WG te Amsterdam is onderzocht of er een 'crisispopulatie' bestaat van voorheen stabiele mensen die ten gevolge van een crisogene situatie zijn gedecompenseerd. Elsenburg (1979: 219) concludeert: dat zo'n 'crisisgroep', in zoverre daarvan al gesproken kan worden, een betrekkelijk kleine categorie is van het totaal van de onderzochte populatie; dat deze groep zich op de overige onderzochte kenmerken nauwelijks of niet onderscheidt van de andere EHBO-patiënten; dat deze groep zich zelfs in het doorverwijzingspatroon nauwelijks van andere patiënten onderscheidt. 'Verse' crisispatiënten bleken in het onderzoek van Kass, et al. (1979) op de parameters leeftijd en sekse noch op de diagnostische classificatie te verschillen van de crisispatiënten die reeds in behandeling waren. In dit onderzoek bleek ruim 35% van de crisisaanmeldingen bij een EHBO-post van een algemeen ziekenhuis reeds in psychiatrische behandeling; de helft ervan voor inzichtgevende psychotherapie. Een ander deel bleek te bestaan uit chronisch schizofrene patiënten die leden aan niet onderkende bijwerkingen van hun medicatie. Hoewel het hier mogelijk een uitgeselecteerde groep betreft, geeft de uitslag van dit onderzoek te denken. Het ondersteunt zeker niet

het cultiveren van aparte crisispopulaties. Lukton (1982) oefent scherpe kritiek op het concept van de maatschappelijke crises. Zo'n crisismodel gaat volgens haar even mank aan lineaire causaliteit als een puur medisch model. Zij bepleit een holistische fenomenologische crisisaanpak in plaats van een positivistische, gefragmenteerde maatschappelijke aanpak. Zo een strikt onderscheid tussen maatschappelijke en psychiatrische crises al mogelijk is, dan kan dit hooguit achteraf gebeuren. Het op voorhand (op grond van eigen speculaties) uitsluiten van andere zienswijzen, screeningsmethoden en therapeutische methodieken is zowel een betutteling van de consument als een ontoelaatbare vorm van veronachtzaming van consumentenbelangen. De consument lijkt meer gediend met een additief model dan met een exclusief. In de praktijk van de OVS wordt gewerkt met een additief model. Een onderscheid tussen psychiatrische en niet-psychiatrische crises, op basis van de waargenomen symptomen zoals psychosen, vitale depressies en dergelijke, acht ik hierbij zeer bruikbaar. Dit impliceert wel dat dit onderscheid gemaakt moet worden door hulpverleners die op dit terrein deskundig zijn. Hierdoor worden gerichtere interventies mogelijk. Wanneer een psychiatrische diagnose niet direct wordt gekoppeld aan 'hopeloos' of 'recidief', dan biedt het een extra dimensie voor hulp verlenen zeker wanneer het een dynamische diagnostiek betreft waarin ruimte is voor interactionele facetten.

Het gebruik om de crisis te benoemen conform de echelons van de gezondheidszorg, levert geen nieuwe bijdragen op en is derhalve af te raden. Het crisisverloop is niet gebonden aan echelons. Het echelon waarin een crisis wordt aangeboden/behandeld, zegt wel iets over het spreidingseffect, over de mate van infectiositeit ervan. Het kan, maar hoeft geen informatie te geven over de ernst van de crisis.

Het kan namelijk even goed informatie geven over de mate van interesse en van deskundigheid van de andere echelons of over de structuur van de GGZ.

#### Het crisisproces.

Algemeen wordt een crisis beschouwd als een homoiostatisch gebeuren. Het is 'selflimiting' doordat het zelf (re)acties induceert die een nieuw evenwicht helpen instellen. Dit evenwicht hoeft niet per definitie slechter te zijn, maar kan zelfs beter uitvallen dan in de precrisissituatie. De periode waarin een nieuw evenwicht zich instelt, wordt geschat op 4-8 weken (vgl. Baldwin, 1977; Jacobson, 1974). Van Nieuwenhuijzen (1977) is de enige, mij bekende, auteur die een periode van drie maanden aanhoudt. Een crisis verloopt gefaseerd. Caplan (1964) onderscheidt: 1) toenemende spanning ten gevolge van de crisogene gebeurtenis zelf; 2) spanning doordat de gebruikelijke probleemoplossingen geen effect sorteren; 3) depressie en wanhoop; 4) een nieuw evenwicht.

Rapoport (1962) heeft de crisisfasen gekoppeld aan de rouwfasen zoals beschreven door Bowlby (protest, wanhoop en loslaten van de band met de ouders).

In een geslaagde poging tot synthese van de bestaande ideeën over een karakterisering van het crisisproces vindt Gersons (1981) de volgende overeenkomsten: 1) een crisis is een tijdelijk gebeuren; 2) dat plaats vindt binnen een netwerk van personen; 3) de direct betrokkenen in dit netwerk bieden hulp en steun; 4) optredende (psychiatrische) symptomen tijdens een crisis zijn vaak van tijdelijke aard en staan in directe relatie tot de crisissituatie; 5) tijdens een crisis is een minimum aan hulp voldoende voor een maximum aan effect.



De vraag om opname als crisis.

Aan de vraag tot opname is een periode vooraf gegaan van problemen en mislukkende probleemoplossingen. Als zodanig is er sprake van een crisissituatie. Een crisis waarbij meerdere partijen zijn betrokken, te weten: de patiënt, zijn micromilieu en de verwijzer. Het onderscheiden van deze partijen is van belang om minstens twee redenen. Elke partij heeft eigen normen en waarden over ziek zijn, maar ook verwachtingen van en belangen bij een opname (vgl. Jenner & Frets, 1981). Minstens even belangrijk is het feit dat niet per definitie alle partijen in dezelfde fase van het crisisproces verkeren. Dit heeft consequenties voor de hulpverlening omdat verschillende fasen ook verschillende interventies behoeven.

De vraag om opname kan worden beschouwd als een signaal dat het crisisproces niet goed wordt afgewikkeld. Bij het vinden van een nieuw evenwicht kan de mens reageren met fight- of flightgedrag ofwel een meer ambivalente vorm: het fight-flightgedrag, ook wel genoemd pas-op-de-plaats-maken. Dit kan zelfs chronisch worden, zich uitend in uitputting en decompensatie op de verschillende niveaus van functioneren, zoals: verstoorde relaties, chronische moeheid, psychosomatische klachten, depressie, concentratie-problemen en paranoïdie. Wanneer nu het nieuwe evenwicht op een lager niveau blijft dan vóór de crisis, bestaat het gevaar van chroniciteit en verdergaande decompensatie. Een proces dat door Gruenberg (1967) uitvoerig is beschreven als "social breakdown syndrom". Bij (chronisch) psychiatrische patiënten is dit regelmatig waarneembaar. De op zich belangrijke vraag of de geïdentificeerde patiënt psychiatrische symptomen vertoont door een slechte afwikkeling van een crisis of dat hij met of door zijn psychiatrische symptomen in een crisis is geraakt, valt buiten het kader van de OVS.

De vraag tot opname impliceert namelijk dat minstens een der partijen, zo niet objectief dan toch zeker subjectief, psychiatrische symptomen waarneemt. De behandelaar, en zeker degene die OVS praktiseert, kan deze symptomen het beste accepteren als een gegeven en dienovereenkomstig handelen. Dit laat onverlet dat hij waar mogelijk zal de-patiëntiseren en stigmatisering dient tegen te gaan.

Een crisis die niet goed kan worden afgewikkeld (elk ver-zoek tot opname dus) heeft een infectieus karakter. Dit verklaart de soms felle reacties van de omgeving tijdens de besluitvorming rond een opname. Wie met OVS werkt, moet zich hiervan bewust zijn. Ook de niet als patiënt geïden-tificeerden moeten worden benaderd als personen-in-crisis. Zij verdienen derhalve een zelfde bejegening als de geï-identificeerde patiënt.

Verontwaardiging, boosheid of verwijten zijn niet alleen zinloos, maar getuigen van onvoldoende kennis van het crisisgebeuren.

#### Opname Voorkomende Strategieën en crisisinterventie.

De vraag tot opname kan vanuit de crisistheorie worden om-schreven (en benaderd) als: het signaal van een systeem waarin - voor één of meer subsystemen - de noodzaak tot handhaving van de homoiostase groter is dan het vermogen van het totale systeem om zich aan te passen aan de feed-back vanuit de omgeving.

Als zodanig is het een keerpunt dat naast het gevaar van decompensatie ook gelegenheid biedt tot positieve veran-dering (vgl. Parad, 1971; Smith, 1978). De OVS zoals hierna worden beschreven, zijn gebaseerd op dit gepostuleerde ver-mogen tot positieve verandering dat inhaerent is aan het crisisgebeuren. De mogelijkheden binnen het micromilieu

om een crisis op positieve wijze af te wikkelen zijn met name door preventie- en consultatiewerkers uitgewerkt (vgl. Gersons, 1977, 1981). De versturende invloed die onnodige professionele hulpverlening op het natuurlijke crisiswerk van een gemeenschap kan hebben, wordt sindsdien onderkend. Bij een vraag tot opname acht ik de kans op een spontaan positief verlopende afloop minder groot. Het oninvoelbare van sommige symptomen versterkt bijvoorbeeld de neiging tot uitstoting en vermindert de neiging tot samenverantwoordelijk (willen) zijn. Dit noopt de behandelaar tot intensieve participatie in het crisisgebeuren. Anders dan bij preventie- en consultatieprojecten zal het contact bij OVS mees- tentijds frequent, per keer vrij langdurig en intensief zijn en in direct contact met het patiëntmilieu moeten plaatsvinden. Wel wordt ernaar gestreefd om de behandeling niet langer te laten duren dan noodzakelijk. Met een beperkt aantal korte contacten wordt beoogd (en onze ervaringen ondersteunen dit) de angst voor contact die sommige patiënten, met name de psychotische, vertonen, te doen afnemen. Het kan zodoende structuur en begrenzing bieden aan mensen met een zeer geringe frustratietolerantie (vgl. Lukton, 1982). De aard van de problematiek noopt tot een sterke inbreng van de psychiater welke inbreng onmisbaar is bij de OVS.

OpnameVoorkomende Strategieën beginnen met een taxatie die meerdere elementen omvat:

- Het crisisstadium waarin de respectieve participanten zich bevinden.

Hoe later het stadium des te groter het gevaar van decompensatie, des te minder ook de tijd die ter beschikking staat om een verbetering in gang te zetten.

De therapeutische interventies worden afgestemd op de

fase van het crisisproces waarin ieder zich bevindt. De OVS vragen gelijktijdig een groepsgebeuren en een op het individu toegesneden aanpak. Om ingang te krijgen bij het systeem, moet worden aangesloten bij het 'tijdsperspectief beleven'. Een persoon wiens aandacht is vernauwd tot het onmiddellijke nu of het direct voorafgaande verleden is op dat moment niet in staat tot het plannen van de toekomst. Zo vraagt de eerste fase van verbijstering voornamelijk troost, steun, emotionele warmte, verzorging en het treffen van noodzakelijke maatregelen. Uitleg schiet in deze fase haar doel regelmatig voorbij. Een volgende fase leent zich beter voor interventies met een cognitief karakter.

- Onderzoek naar psychopathologische en mogelijke somatische factoren.
- Een systeemanalyse. Een crisis kan een adaptieve functie hebben. Bekend is dat sommige systemen een crisis gebruiken om (vermeende?) ernstiger problemen te camoufleren. Er is dan sprake van een uit de hand lopende probleemoplossing. Hierbij worden vragen belangrijk als: Wie behoeft op welk moment extra steun en welke perso(o)n(en) kunnen een leidende rol spelen? Welke functie kan het crisisgedrag hebben binnen dit systeem?
- De crisogene momenten en eventuele precipiterende situaties of luxerende gebeurtenissen (vgl. Parad, 1966; Aguilera, et al. 1970, Smith, 1978).
- Gedragsequenties. Bestaan er bekrachtigende factoren waardoor het crisisgedrag niet kan uitdoven? Is er sprake van secundaire ziekte winst?

Een goede taxatie gebeurt volgens Halpern, et al. (1979) op zes niveaus: 1) emoties; 2) cognities; 3) gedrag; 4) partnersysteem; 5) gezin; 6) maatschappelijke relaties. De

eerste twee zijn te omschrijven als intrapsychisch, het derde als individueel, de twee volgende als de primaire groep en het laatste als de secundaire groep.

#### OpnameVoorkomende interventies.

Wanneer men een crisis benadert als een draaipunt met potenties tot verbetering dan is direct ingrijpen door de therapeut van groot belang. De interventies zijn niet specifiek voor de OVS. Zo er sprake is van specificiteit dan is deze gelegen in een specifieke attitude waarbij vasthoudendheid en het denken in alternatieven een voorname rol spelen. Alternatieven dienen zich overigens niet spontaan aan, maar moeten specifiek gezocht en meestal gecreëerd worden met behulp van het concretiseren van de belemmerende factoren.

Wordt b.v. een opname gevraagd voor een onrustige patiënt, dan kan sederende medicatie door het verminderen van de onrust de patiënt helpen het evenwicht draaglast-draagkracht te herstellen. Maar het aanstellen van een bodyguard voor de patiënt en het verstrekken van slaapmedicatie voor één nacht aan de andere gezinsleden kan eveneens wonderen doen. Dat geldt ook voor een herinterpretatie van de onrust, waardoor de angst van de familie wordt weggenomen. Helpt dit alles onvoldoende dan kan de patiënt een nacht elders slapen: bijvoorbeeld bij familie, het Leger des Heils. Op deze wijze wordt een crisis "afgepeld" totdat het een probleem is geworden. Hoe groter het arsenaal parate alternatieven voor zeer diverse problemen waarover de behandelaar kan beschikken des te minder zal een opname de gewenste oplossing blijken te zijn.

Ook specifiek kunnen worden genoemd de doelgroep waaraan ze worden aangeboden en de combinatie van technieken.

Deze combinatie dient altijd emoties, cognities en tijds-perspectief beleven te bevatten. De literatuur samenvattend zijn voor een goede afwikkeling nodig (vgl. Aguilera et al., 1970; Hoogduin & Van den Bosch, 1978; Hoogduin & Den Haan, 1979; Hoogduin & Druif, 1980; Jenner & Henneberg, 1982; Jenner, 1982-a; Jenner, 1984-a); Smith 1978; Parad 1966, 1971. Rapoport 1962).

1) aansluiting krijgen bij het systeem.

De empathie van de therapeut speelt hierbij een grote rol. Alle betrokkenen dienen van de therapeut de gelegenheid te krijgen hun gevoelens te bespreken. Hij moet hiertoe expliciet uitnodigen. De bedoeling hiervan is meervoudig: het reduceren van spanning door middel van catharsis, het normaliseren van het bespreken van gevoelens, het inwinnen van informatie en de inductie van het vertrouwen dat de therapeut een vakbekwame, betrouwbare autoriteit is.

De betrokkenen zullen proberen de therapeut aan hun kant te krijgen, hem partij te maken. Dit kan beter worden vermeden. Bij de meer gerichte interventies zal nader worden ingegaan op de manier waarop dit kan worden gedaan.

Daarnaast moeten genoemd worden rust en het vermogen tot invoegen zoals kan blijken uit de woordkeuze. De mate waarin de therapeut er in deze fase in slaagt ieder individu de erkenning te geven voor diens 'lijden onder de situatie' is bepalend of hij het gehele systeem meekrijgt in een poging tot verandering. Boszormenyi-Nagy (1980) spreekt over destructive-entitlement, het overbrengen van de emotie dat men de integriteit van de gedragingen van het individu kritiekloos accepteert. Dit betekent zeker niet dat de therapeut de gedragingen zelf goedkeurt noch dat hij alles moet beamen of instemmen met verwijten e.d..

Hierdoor loopt hij namelijk het gevaar met het systeem in de crisis te blijven steken. Al in een vroeg stadium zijn op verandering gerichte interventies middels herinterpretatie, positief etiketteren en concretiseren gewenst;

2) geen voortijdige adviezen geven.

Een crisis stimuleert tot doen. Ook het systeem in crisis heeft reeds veel gedaan vóór de therapeut werd ingeschakeld. De therapeut doet er verstandig aan deze pogingen te inventariseren. Hij voorkomt hiermee dat hij adviezen geeft die reeds geprobeerd zijn en gefaald hebben. Het geven van dergelijke adviezen zal het vertrouwen in hem niet doen toenemen.

Door een snel advies wordt een probleem onbedoeld gebagatelliseerd. De therapeut kan hiermee de indruk wekken dat hij vindt dat het allemaal wel meevalt, een indruk die strijdig is met de gevoelswaarde van het systeem-in-crisis. Dit kan het systeem aanzetten tot escalerend gedrag om de therapeut te overtuigen van de ernst van de situatie. Adviezen kunnen beter worden uitgesteld totdat erkenning van het lijden, herkenning van probleem en interactiepatronen, het inzicht in de respectieve doelstellingen zijn afgewerkt en medewerking van het systeem is verkregen;

3) snelle tentatieve diagnose.

Dit betreft zowel de somatische toestand, de psychopathologie, de interacties in het primaire en het secundaire systeem, de functie en homoiostatische component van de crisis, bekrachtigende en bestendigende factoren en een gevaarsinschatting.

Deze taxatie is niet een eenmalig, maar een continue gebeuren;

4) inductie van hoop en enthousiasme.

De therapeut kan hoop wekken door het laten blijken van zijn kennis van zaken. Het expliciet uitvragen van interactie-patronen wekt vertrouwen in de deskundigheid van de therapeut. Zoals bv. de boosheid over de beschuldigingen geuit door paranoïde patiënten, de discussie en 'bewijsvoering', de moedeloze berusting en het buiten de patiënt om regelingen treffen, zoals het onderscheppen van brieven e.d.. Hierdoor creëert hij een autoriteit die van belang is voor de fase van de interventies. Aansluitend kan de therapeut uitleg geven over crises en het beloop daarvan. Deze fase leent zich uitstekend voor het inventariseren van voorgaande, mislukte probleemoplossingen. Een actieve opstelling, waarbij de therapeut zelf mogelijkheden oppert ('Dit ook geprobeerd?'), versterkt eveneens het vertrouwen in hem.

Een ervaren therapeut kan dit nog versterken door opmerkingen in de trant van 'veel patiënten klagen erover dat ...', 'familieleden vertellen mij ...' of 'ik herinner me ...'. Een minder ervaren therapeut kan zich de patiënt van een collega herinneren.

Het benadrukken van de mislukking gekoppeld aan de erkenning van de achterliggende goede bedoelingen kan vreemd genoeg ook hoop wekken bij het systeem, mits de therapeut het mislukken betreurt, de (mislukte) pogingen van een ieder positief herwaardeert met complimenten over de inzet, het doorzettingsvermogen, de wederzijdse betrokkenheid, e.d. en categorisch stelt



dat 'dit niet kan', 'er snel verandering moet komen',  
e.d.. \*

Deze fase kan worden afgerond met een samenvatting. In de samenvatting moet het probleem hergedefinieerd, de attributies voorzichtig gewijzigd en de wederkerigheid benadrukt worden;

5) motiveren.

Dit is een continu proces dat kan en dient te gebeuren van het begin tot het einde van de crisisinterventie. In de loop van dit proces kan de motivatie meer specifiek worden.

De volgende motiveringstechnieken kunnen we naar Van der Velden & Van Dijck (1977) onderscheiden:

a) Uitleg geven.

Een goede uitleg dient de klachten begrijpelijk te maken.

Het dient nieuwe gezichtspunten aan te reiken waardoor een referentiekader wordt geboden dat voor alle betrokkenen acceptabel is. Dit kan middels herdefiniëring en herinterpretatie. Een goede uitleg ontlast de betrokkenen (ook de geïdentificeerde patiënt) van de schuldvraag en plaatst hun gedrag in een positieve context.

Het therapiedoel moet een logisch voortvloeijsel zijn van deze uitleg. Deze moet waar en begrijpelijk zijn op het niveau van de patiënt.

\* ) Een uitzondering hierop vormen de systemen die een crisis presenteren om hierdoor leden van buiten het systeem aan te trekken voor het bewaren van de homeostase (vgl. Palazolli, et al., 1979).

b) Directe interventie.

Soms kan een patiënt een bepaalde stap niet zetten, hoewel hij en de therapeut ervan overtuigd zijn dat dit nodig is. In zo'n geval kan een directe interventie worden overwogen. Hiervoor is wel een goede therapeutische band vereist. Deze wordt door de therapeut a.h.w. in de waagschaal gezet. Voorbeelden zijn de 'zware last' en 'take it or leave it'.

Bij zelfcontroleprogramma's blijken directe interventies zeer effectief te zijn. De therapeut moet zich wel realiseren dat er geen weg terug is wanneer de patiënt niet volgt. Directe interventies dienen dan ook niet te vroeg gegeven te worden.

c) Benutten van de behoefte aan autonomie.

Bij patiënten, die moeite hebben adviezen of opdrachten van anderen uit te voeren, kan men deze beter achterwege laten. Met hen kan beter worden onderhandeld. Met patiënten die behept zijn met autoriteitsconflicten kunnen de voors-en-tegens van twee behandelplannen tegen elkaar worden afgewogen. Al wegend zal de patiënt veelal zelf voor één van de mogelijkheden kiezen. De twee keuzen moeten wel in elkaars verlengde liggen. Aan patiënten die alleen 'spontaan' willen reageren kan men een raamwerk aanbieden waarvan ze de details zelf moeten uitwerken. Een andere techniek is het geven van een advies, zich te bedenken en het vervolgens in te trekken. Een volgende keer willen patiënten nog wel eens op eigen initiatief op zo'n voorstel terugkomen. Een meer indirecte aanpak is het onderhandelen over details. Een geagiteerde patiënt die een keuze maakt tussen rusten in pyjama met de gordijnen open of met de kleren aan op bed met de gordijnen dicht heeft geaccepteerd dat hij gaat rusten.

d) Motiveren bij inertie of apathie.

Patiënten, die maar geen keuze kunnen maken, kan een experiment worden voorgesteld. Elk alternatief wordt gedurende een bepaalde periode uitgeprobeerd; het effect wordt geregistreerd, waarna evaluatie volgt.

Heeft een patiënt of een systeem na meerdere mislukkingen het geloof in behandeling verloren, dan wordt dit door de therapeut geaccepteerd. Een positieve waardering voor het doorzettingsvermogen en de kritische realiteitszin kunnen worden overwogen. Het probleem zal het beste als ingewikkeld worden beschreven. Een grondig onderzoeksplan en een uitgebreide informatiefase worden aangeboden. Tijdens zo'n informatiefase onderzoekt de cliënt de effecten van zijn behandeling zonder dat sprake is van een behandeling; dus zonder dat hij hiertegen weerstand behoeft te hebben. Vooral bij chronische klachten met sterke secundaire ziektewinst kan er sprake zijn van enerzijds een voortdurende vraag om genezing die anderzijds tegenwerkt lijkt te worden door een angst voor genezing. In dergelijke gevallen kan de therapeut overwegen het systeem te activeren door zijn angst voor een te snelle genezing uit te spreken: bijvoorbeeld de angst dat de ouders van een lastige adolescent geen raad weten met hun tijd wanneer ze hun zoon niet meer hoeven achterna te lopen. Een variant hierop is het bespreken wat er zou veranderen als de patiënt beter zou zijn. Door uitvoerig in te gaan op de aanpassing die hiervoor nodig zou zijn bij de patiënt zelf en in zijn omgeving kan een cognitieve verandering plaatsvinden. Benadrukken van positieve elementen hierin werkt motiverend en de patiënt "went" aan het idee van beter zijn. Een andere variant is het met spijt betreuren

dat een (snelle) genezing niet direct te verwachten is. Een acceptatieprogramma wordt wel aangeboden, een programma om bijkomende belasting te verlichten. Dit programma verschilt niet van een therapeutisch programma uitgezonderd de noemer, waaronder het wordt aangeboden.

e) Stimuleren van zelfrespect.

Het is niet aantrekkelijk om een sul te zijn. Een therapieplan kan beter niet de indruk wekken zelfs door domoren uitvoerbaar te zijn. Attractiever wordt een plan dat een zekere uitdaging biedt. De therapeut heeft een 'niet zo eenvoudige opdracht', kan zich afvragen 'of het toch niet te moeilijk is'. Wanneer een voorbeeld van een eerdere soortgelijke geslaagde therapie wordt gegeven, kiezen men een attractief maar ook weer niet te 'super' model. Dit bevordert identificatie met het model en dus bereidheid om te veranderen (vgl. Bandura, 1969; Meichenbaum, 1978/1981).

f) Uitstellen van de uitvoering van een advies.

Een weloverwogen besluit om een therapieopdracht te aanvaarden wordt eerder uitgevoerd dan een geforceerde beslissing. Door de vraag of de patiënt al wel toe is aan een beslissing en hem te vragen deze nog wat uit te stellen, worden de methoden c, e en f gecombineerd.

g) Motiveren voor ambulante behandeling.

Het motiveren van de patiënt tot ambulante behandeling kan uiteraard pas gebeuren na de taxatie of en de beslissing dat zo'n behandeling mogelijk is. Bij dit motiveren is een judo-houding belangrijk. Congruente vormen van motivering zijn: ondersteuning, opbeuren en empathie. Zij zijn altijd uitvoerbaar en kunnen niet

vaak genoeg worden gepraktiseerd. Positief etiketteren is hierbij effectief gebleken. Zo benoemden Jenner & Henneberg (1982) de herhaalde wens tot opname als een wens dat de patiënt de beste behandeling krijgt.

Hierna boden ze opname thuis aan nadat familie en therapeut het er over eens waren geworden dat de gezinsleden de patiënt beter kenden dan wie ook. Een andere vorm is het uitvragen wat er moet veranderen, wil ambulante behandeling mogelijk worden, 'als met medicijnen die agressieve buien...', etc..

Hoogduin & Van den Bosch (1980) beschrijven een paradoxale strategie: de opnameaanbeveling. De nadelen die aan elke opname kleven worden door hen als het ware als voordelen aangeboden. Patiënt en familieleden willen dit nog al eens afwijzen en de therapeut verzoeken alles te doen om een opname te voorkomen. Deze paradoxale techniek is niet zonder risico (vgl. Hoogduin, & Van den Bosch, 1980; Jenner, 1982-a). Ze dient dan ook voorbehouden te blijven aan daarin gespecialiseerde hulpverleners.

Tenslotte kan genoemd worden de 'yes-set' techniek.

De meeste patiënten en familieleden staan ambivalent ten aanzien van een opname. Het afdwingen van een keuze middels directe confrontatie heeft in deze niet alleen zelden effect, maar kan de patiënt en diens omgeving dwingen tot cumulerende vormen van afwijzend gedrag. Hierdoor kan een onwerkzame situatie ontstaan die verdere behandeling belemmert. Een machtsstrijd over wel of niet opnemen kan het afwijkend gedrag doen cumuleren tot agressieve- en/of suïcidale uitingen (vgl. Hoogduin & Van den Bosch, 1978).

Om de mensen te helpen een keuze te maken, om de weegschaal te laten doorslaan, kan de 'yes-set' helpen. De therapeut stuurt het maken van een keuze door een serie vragen te stellen waarop de patiënt/het systeem naar alle waarschijnlijkheid met ja zal antwoorden.

Bijvoorbeeld: u zou wel eens rust willen hebben? U heeft al genoeg geleden? etc. Door deze vragen kan een hypnoïde toestand worden gecreëerd (de zgn. common day trance), waardoor weerstand weggenomen wordt. Aansluitend zal men meer genegen zijn om ja te zeggen wanneer de therapeut om medewerking vraagt voor bepaalde interventies.

Last but not least kan de behandelaar zichzelf gebruiken als motiverende factor. Een therapeut die autoriteit uitstraalt kan door het aanbieden van permanente hulp de beslissing doen doorslaan naar een ambulante behandeling. Het aanbod alleen is vaak al voldoende. In mijn ervaring wordt hierop door patiënten slechts sporadisch een beroep gedaan. De enkele keer dat het wel is gebeurd, was het veelal ook geïndiceerd;

6) korte termijn doelstellingen.

Door Holmes & Rahe (1964) is beschreven dat een crisis opgebouwd kan zijn uit meerdere op zichzelf weinig crisogene momenten. Een analyse van deze momenten maakt een pragmatische aanpak mogelijk. De crisis wordt als het ware afgepeld totdat draagkracht en draaglast weer in evenwicht zijn. Hierbij is het aan te bevelen om te werken in kleine concrete stappen en met beperkte doelstellingen die realiseerbaar zijn op korte termijn.

Het stellen van (snel) haalbare doelen werkt motiverend doordat het de problematiek overzichtelijk maakt. Daarnaast werkt het motiverend doordat er eerder kans op succes bestaat. Dit succes werkt weer bekrachtigend waardoor een vicieuze verbeteringscirkel in gang gezet kan worden. Het eerste korte-termijn-doel van de therapeut moet zijn het verkrijgen van medewerking. Het stellen van een behandelingsdoel kan het beste worden bereikt via onderhandelen.

Hierbij kan het nodig zijn om in extremo te concretiseren. Dit geldt met name bij mensen die zeggen wel te willen maar niet te kunnen. Het onderhandelen gaat ongeveer als volgt: 'Hoe lang kunt u het wel, twee uur ..., één uur ..., een half uur ..., een kwartier', en vervolgens in snel tempo aftellen tot enkele seconden. Als reactie wordt vaak gelachen en een hoger bod gedaan door de patiënt. De therapeut gaat daar uiteraard weer iets onder zitten.

Dit onderhandelen dient concreet te gebeuren. Afspraken worden gemaakt over waar, wanneer, hoe vaak, door wie, etc.. Het is verstandig wanneer de therapeut 'onderbiedt'. Stelt de familie voor om de gehele avond gezamenlijk door te brengen, dan zal de therapeut beamen dat dit fijn zou zijn maar voorstellen dat gedurende een uur te doen. Wel zal hij de gelegenheid benutten iedereen te complimenteren voor de inzet.

Alvorens afspraken gemaakt kunnen worden moeten de respectieve doelstellingen worden onderzocht (vgl. Jenner & Frets, 1981). Wanneer deze te veel uiteenlopen treedt eerder tegenwerking op dan samenwerking;

7) afsluiten van een behandelingscontract.

Het behandelingscontract moet concreet zijn over: het doel, de verantwoordelijkheden van ieder, de opdracht/adviezen, de rol van huisarts en/of andere eerste lijners, wat te doen bij onraad.

Het plannen van een afspraak dient gebaseerd te zijn op de taxatie door de therapeut en op die door het systeem. Expliciet vragen naar de draagkracht is noodzakelijk. Vragen als: 'Hoe lang denkt u het nog te kunnen volhouden?', 'Redt u het tot morgen?' zijn hierbij nuttig. Ook hier is onderbieden aan te beve-

len. Een therapeut die eerder komt, wekt vertrouwen en motiveert en passant tot medewerking.

Naarmate de crisis meer psychiatrisch is gekleurd zoals bij vitale depressies en psychosen dienen de volgende afspraken elkaar sneller op te volgen. In sporadische gevallen kan het nodig zijn meerdere malen per dag contact te hebben. Wanneer dit nodig wordt geacht, maar niet uitvoerbaar is, kan dit een reden zijn tot opname. Bij dergelijke crises zijn huisbezoeken vrijwel altijd geïndiceerd.

De continuïteit van hulpverlening dient te worden gegarandeerd. Afhankelijk van de ernst, de aard van de crisis, de betrokkenheid van de eerste-lijns-werkers en hun deskundigheid kan dit gedeeltelijk aan hen worden overgedragen. Goede afspraken hierover - na verkregen toestemming hiervoor van het systeem - zijn dan wel nodig, evenals een in de crisisinterventie ervaren hulpverlener als achterwacht;

8) meer gerichte interventies.

Het onderscheid tussen een diagnostische en een therapeutische fase is bij crisisinterventie minder scherp dan bij een klassieke psychotherapie. Diagnostiek en interventies zijn vrijwel vanaf het begin met elkaar verweven. Een therapeutisch bedoelde interventie heeft tegelijk een diagnostische betekenis. Hoe gaat men om met vragen en adviezen, welke coalities vormen zich, etc..? Wel kan een zekere mate van onderscheid worden gemaakt tussen altijd bruikbare interventies en meer specifieke. Een ander onderscheid is te maken tussen congruente en paradoxale interventies (vgl. Lange, 1981).

In de voorgaande paragrafen zijn altijd bruikbare technieken zoals motiveren, positief etiketteren en



concretiseren besproken. Zo ook interventies die inherent zijn aan het optreden van de therapeut zoals zijn manier van vragen stellen, de selectieve bekrachtiging van bepaalde uitingen en zijn modelling, bijvoorbeeld door serieus te praten met een psychotische patiënt. In het volgende willen we aandacht besteden aan meer gerichte interventies en enkele vuistregels. Tot de meer gerichte interventies kunnen worden gerekend:

a) uitvragen van vroegsymptomen.

Van interventies mag men meer effect verwachten naarmate ze in de gedragsketen eerder kunnen worden toegepast. Het vergroot de kans op 'mastery' en het indicatiegebied voor zelfcontroletechnieken. In gevallen dat de patiënt niet of onvoldoende in staat is tot het herkennen van de vroegsymptomen en/of tot zelfcontrole kan aan één of meer personen - die deze symptomen wel herkennen - worden verzocht de patiënt te helpen. Het spreekt voor zich dat hiervoor wel toestemming gevraagd moet worden aan de patiënt.

Een gewaarschuwd mens telt voor twee. De draagkracht van mensen wordt vergroot door voorbereiding op crisissituaties, zoals onderzoek naar stervensbegeleiding ons heeft geleerd. Deze voorbereiding, 'anticiperende begeleiding', is inherent aan het uitvragen van vroegsymptomen en de bijbehorende bespreking van mogelijke oplossingen.

b) keuze van een beschermengel/bodyguard.

De impact van hulp door een ander lid van het systeem wordt vergroot wanneer de patiënt zelf deze beschermengel uitkiest. Ook kan een lijst worden opgesteld van vertrouwenspersonen, die worden ingelicht en die gebeld kunnen worden. Bij depressies en suïcidaal gedrag

heb ik hiermee goede ervaringen (vgl. Jenner, 1984-a). Bij psychotische mensen kan worden overwogen een bodyguard in te stellen. Deze krijgt als taak om de patiënt te beschermen. Vooral bij een zeer specialistische techniek als mothering is dit goed bruikbaar.

c) registratie.

De werking van registratieopdrachten is meervoudig. Het is een bij uitstek congruente interventie. Dit geldt zowel de registratie van eigen gedrag als de registratie van het gedrag van anderen. Klachtenregistratie verschaft de therapeut informatie over de aard van de klachten en de ernst ervan. Het maakt objectivering ervan - van belang voor de effectmeting van de therapie - mogelijk. Registratie van eigen gedrag en de reacties van anderen bevorderen het zicht op antecedente en consequente factoren alsook het zelfinzicht. De verplichting tot registreren maakt cognitieve veranderingen mogelijk. Eventuele verschillen tussen vermeende en geregistreerde klachten bevorderen de reality-testing van het individu.

Registratie heeft ook een paradoxaal aspect. Enerzijds wordt de mensen verzocht om in het kader van het onderzoek en voor een goede registratie hun oude gedrag te continueren. Onvermijdelijk zal dit gedrag echter door de registratie (enigszins) worden gewijzigd. Het registreren van een opkomende woede interfereert met iets kapot gooien; de registratie door de omgeving direct aansluitend aan een hyperventilatie-aanval, een huilbui, een ruzie, een dwanghandeling, etc. bemoeilijkt intermitterende bekrachtiging. Bovendien staat het verzoek om de klachten te continueren binnen een context van een behandelingscontract, van verbetering,

dus van afname van de klachten.

Tenslotte kan aan registratie een aspect van overdracht worden onderkend. De registratieformulieren worden regelmatig gepersonifieerd: de therapeut aan huis, variërend van 'big brother' tot 'good mother'. Registratie-opdrachten op zichzelf kunnen leiden tot een (tijdelijke) afname van de klachten.

d) paradoxale technieken.

Schrijvers uit de Palo Alto school hebben gewezen op de voor het systeem beschermende functie van symptomen. Haley (1963) met name heeft dit beschreven voor schizofreen gedrag en voor aberrant gedrag van adolescenten (1982), Palazolli et al. (1979) voor psychotische kinderen en bij gezinnen met een anorexia nervosa patiënt.

In deze systemen kan een vorm van paradoxale communicatie worden aangetroffen die wordt gekenmerkt door: de innerlijke tegenstrijdigheid tussen de communicatie en de meta-communicatie, een tegenstrijdigheid van inhoud en betrekking. Het systeem wordt hierdoor ongrijpbaar. Wat gezegd wordt, is niet waar; het beweerd niet bedoeld; een persoon is niet zichzelf maar iemand anders; etc.. Verantwoordelijkheid voor gedrag wordt hierdoor ontkend. De psychotische patiënt zou volgens Bateson et al. (1956) met zijn gedrag pogen niet te communiceren. Hieruit worden fenomenen als hallucinaties en negativisme verklaard.

Paradoxale interventies beogen de patiënt te dwingen wel te communiceren. Zelfs de ontkenning en het ontlopen van communicatie worden door de therapeut geïnterpreteerd als communicatie. Ferreira (1959), Hoogduin & Druijf (1980), Jenner (1982-a), Jenner &

Henneberg (1982) hebben deze technieken (mothering, horror, concretiseren van hallucinaties) uitvoerig geadstrueerd met gevalsbeschrijvingen.

De inductie van hoop (3.4) en de motiverende technieken (3.5) zijn van belang voor het tot stand komen van een goede werkrelatie. Sommige systemen ervaren verandering en verbetering echter als een bedreiging (vgl. Palazolli, 1979; Watzlawick et al., 1970, 1975). De angst voor verandering kan dermate groot zijn, dat ieder lid van het systeem zijn energie steekt in het behouden van de homoiostase. Deze systemen worden gekarakteriseerd door een paradoxale hulpvraag zoals: help, maar verander niets; verander mijn klachten, maar kom niet aan mij. Veelal hebben ze een lange historie van mislukte therapieën.

Palazolli et al. (1979) beschrijven hoe deze systemen de therapeut proberen op te nemen in hun "homoiostase-spel". Volgens hen is het afwijkende gedrag van de geïdentificeerde patiënt een methode om het systeem af te leiden van een probleem dat de eenheid ervan bedreigt. In de loop van de tijd wordt deze oplossing (afwijkend gedrag) tot probleem verheven. De eenheid van het systeem loopt - in hun visie - gevaar zodra het nieuwe probleem (de oude oplossing) niet meer wordt bestreden. Moedeloosheid van de spelers en acceptatie van het probleem maar ook verlies van spelers zijn dan bedreigend. Het systeem probeert dergelijke situaties op te lossen door verse spelers in te zetten, bijvoorbeeld een oom, de burens of een hulpverlener. Dit doet het systeem met behulp van crises. Een crisis geeft aan dat de homoiostase wordt bedreigd. De paradoxale hulpvraag moet nieuwe spelers leveren wier taak het is om met nieuwe energie het pseudoprobleem te lijf te gaan waardoor de homoiostase veilig wordt

gesteld. Deze vraag kan extreme vormen aannemen zoals dreigen met suicide of homicide maar ook het verzoek om de patiënt op te nemen.

In dergelijke systemen achten therapeuten als Palazolli et al. (1979) en Bergman (1983) het bieden van uitzicht op verandering gecontraïndiceerd. Ze adviseren het systeem juist om niet te veranderen \*.

Door slechts 1x per maand een afspraak te geven proberen zij de spanning binnen het systeem zo hoog op te voeren dat het gedwongen wordt de homeostase te laten varen. Deze aanpak wordt door mij in grote trekken onderschreven. De structuur van onze gezondheidszorg staat volledige overname van deze techniek echter niet altijd toe. Ontsnappingsmogelijkheden via andere kanalen zoals huisarts en GG&GD lijken in ons land veel groter. Door deze kanalen reeds in een vroeg stadium in te schakelen kan dit in vele gevallen worden voorkomen. De relatie tussen de crisisinterventor en de desbetreffende instanties is hierbij van groot belang.

Hoewel generaliseren niet zonder risico's is, kunnen enkele vuistregels van belang zijn bij de aanpak van crises. Zo werkt een rustige houding, waarbij men zit, gunstig bij agressieve mensen. Met dysfore manische mensen kan men beter niet in discussie gaan, men kan de patiënt beter laten uitrazen en weinig zeggen.

\* ) Het gedrag van de geïdentificeerde patiënt wordt eerst geherinterpreteerd als een daad van zich opofferen voor andere leden van het systeem. Hierna wordt hem gevraagd om zijn afwijkende gedrag niet op te geven zolang geen oplossing is gevonden voor het andere probleem.

Mensen met sociopathisch gedrag hebben publiek nodig; in een face-to-face contact kunnen beter zaken worden gedaan dan wanneer men met twee of meer hulpverleners komt. Bij schizofrene patiënten daarentegen kan men waarschijnlijk beter niet alleen komen. Gezien hun angst voor communiceren, kan een individueel contact de angst doen toenemen. Het contact kan beter worden verdund. De aanwezigheid van een derde persoon is bovendien nuttig voor het voeren van indirecte communicatie zoals wordt gebruikt bij mothering- en horror-technieken.

### 3.2 OPNAMEVOORKOMENDE STRATEGIEËN EN DE VRAAG OM ONVRIJWILLIGE OPNAME.

#### Inleiding.

Niet alle situaties lenen zich voor OVS; soms moet de voorkeur worden gegeven aan een opname.

Daar waar het ziekenhuis therapievormen biedt die extra-muraal niet geboden (kunnen) worden, kan worden gesproken van een positieve opname-indicatie. Een gezinsopname is zo'n vorm van een positieve opnamekeuze.

Van een 'negatieve' opname-indicatie zou gesproken kunnen worden wanneer extramurale hulpverlening onvoldoende hulp kan bieden. Hiervan is onder andere sprake wanneer de OVS niet het beoogde effect hebben gesorteerd. De meest schrijvende voorbeelden vormen de onvrijwillige opnamen. Deze vallen sinds 1884 onder de regels van de krankzinnigenwet. Hierin staat centraal de zorg voor en de hulpverlening aan het individu wiens geestesvermogens zijn gestoord: ook wel genoemd het 'bestwil-principe'. Geruime tijd reeds wordt gezocht naar een andere juridische regeling van de onvrijwillige opname. In de jaren zeventig is deze geformuleerd in het wetsvoorstel bijzondere opnemings psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ).

Het gebied der onvrijwillige opnamen brengt eigen specifieke problemen met zich mee. De emotionele belasting van de hulpverlener is hiervan niet de geringste.

De vraag of OVS gebruikt kunnen worden bij een verzoek tot onvrijwillige opname kan als zodanig niet worden beantwoord. Wanneer de problematiek voldoet aan de wettelijk gestelde criteria én er geen alternatieve oplossingen voorhanden zijn dient het antwoord ontkennend te zijn.

In de praktijk is mij echter bij herhaling gebleken dat een

in OVS-ervaren hulpverlener alternatieven vindt die anderen over het hoofd zagen dan wel als onbruikbaar terzijde hadden gelegd.

Enkele sterk gecomprimeerde voorbeelden uit mijn eigen praktijk kunnen dit het beste verduidelijken.

#### Voorbeelden.

- Mevrouw Frederiks, een 48-jarige gescheiden moeder van drie kinderen, woont met de twee jongste kinderen in bij haar 80-jarige moeder. Ze is reeds meerdere jaren psychotisch en geeft daarbij zoveel overlast, dat de politie regelmatig op verzoek van de buurtbewoners de orde heeft moeten herstellen. Omdat hulp is afgewezen dan wel niet heeft aangeslagen, ben ik gevraagd een beoordeling voor een RM te doen. Mevrouw heeft duidelijke paranoïde gekleurde denkstoornissen en floride hallucinaties. Ze bukt zich regelmatig, mij daarbij als volgt aansprekend: 'Slaan ze weer met die geiser, de smeerlappen. Zie je dat nou niet?'

Ik beperk mij tot: Hoe durven ze, dat is geen stijl; dat moet maar eens ophouden. Ze beklaagt zich erover dat de burens vrachtwagens met stenen in de gang lossen. Na mijn aanbod om haar te helpen deze op te ruimen, blijken ze verdwenen. Een omwenteling treedt in wanneer ik haar in reactie op haar opmerking dat ze dood is en naar het graf stinkt, zeg dat ze wel stinkt maar dat haar voeten vies zijn. Ik bied aan deze te wassen, wat ze afwijst omdat er een man in de badkamer zit. Nadat ik deze gehallucineerde man heb weggestuurd en haar voeten heb gewassen, blijkt ze bereid roborende medicijnen te accepteren die haar moeten helpen een plan te bedenken tegen de pesterijen die ze ervaart. Ze slikt de Haldol vervolgens trouw.

Mevrouw is nu ruim vier jaar klachtenvrij, waarvan



twee jaar zonder medicatie. Een geneeskundige verklaring behoeft niet te worden geschreven.

Meneer Jansen, een 60-jarige vrijgezel leeft op een afgelegen boerderijtje.

Onze hulp wordt gevraagd hem onvrijwillig op te nemen omdat hij de burens bedreigt met een buks. Onze via de politie aangeboden hulp, heeft hij afgewezen. Wij praten met hem, nadat de politie hem heeft ontwapend. Hij is duidelijk verward en heeft waandenkbeelden. Hij blijkt reeds 4 maal te zijn opgenomen voor psychotische decompensaties, waarvan één met IBS. De recidieven lijken verband te houden met het staken van zijn medicatie. Een telefoontje met de inrichting leert ons dat hij goed en snel reageert op antipsychotica. Hierop besluiten we dat OVS verantwoord lijken mits hij medicatie neemt en hij bereid is enige dagen begeleiding elders te accepteren.

Een zus van de patiënt blijkt bereid hem enige dagen op te vangen. Wij leggen patiënt onze overweging voor: indien hij geen hulp accepteert dan achten wij het gevaarsrisico zo groot dat wij een onvrijwillige opname onvermijdelijk achten. Jansen wil dit laatste pertinent niet. Hij is bereid om OVS als alternatief, inclusief onze condities te accepteren.

De deal is duidelijk: zodra hij zich aan de afspraak onttrekt, zijn wij genoopt een geneeskundige verklaring te schrijven. Een etmaalregeling voor hulp kan worden geregeld. Het lukt en hij hoeft niet te worden opgenomen.

Meneer Frederiks, een 40-jarige man wordt door zijn vrouw aangemeld. Hij is ziekelijk jaloers, zoekt zijn vrouw op haar werk op en maakt daar enorme stennis.

Hij meent haar te moeten beschermen tegen aanranders en heeft hiervoor zelfs zijn werk opgezegd. De problemen bestaan nu een half jaar en worden progressief erger. Toen haar man haar opsloot, besloot mevrouw onze hulp in te roepen. Er worden afspraken met hem gemaakt, die hij niet naleeft. De zaak escaleert: meneer bedreigt een vermeende agent van de KGB. Behandeling wordt afgewezen, waarop ik verder ambulant werken niet meer verantwoord acht en ik een geneeskundige verklaring afgeef, waarna hij tegen zijn wil wordt opgenomen.

- Mevrouw Pieters krijgt op haar 62-ste een vijfde manisch recidief. Haar zeven jaar oudere echtgenoot kan haar tempo niet bijbenen. De hieruit voortgekomen ruzies hebben het al decennia wankel huwelijksevenwicht verstoord. De te hulp geroepen kinderen hebben de ruzies niet meer kunnen sussen. Een opname wordt door mevrouw afgewezen, ze vindt dat haar man daar meer aan toe is. De huisarts vraagt om een gedwongen opname, nadat ze de dag tevoren haar man heeft buitengesloten na hem met een mes achterna gezeten te hebben.

Bij binnenkomst lijkt alles weer bedaard. Vrij abrupt rent ze echter de keuken in om met twee zaagmesses terug te keren. Mijn eerste impuls is weglopen. Dit kan niet, dus rest mij niets anders dan te proberen haar te kalmeren. Om haar man in veiligheid te stellen, speel ik woede waarin ik hem het huis uitstuur. Ze gaat akkoord maar verspert mij de doorgang. Na vele scheldwoorden van haar kant en nog meer hartkloppingen en 'begrip' van mij gaat ze akkoord met een vrijwillige opname. Deze wordt geregeld en patiënte reageert al snel op de opnieuw ingestelde medicatie.

- Peter wordt door zijn ouders, op advies van de huisarts, ingeleverd voor onvrijwillige opname. Hij is een introverte adolescent van 22 jaar, die al jaren in onmin leeft met zijn stiefvader. De druppel die de emmer deed overlopen, is een woede-aanval geweest waarbij nogal wat huisraad is vernield.

Zijn woede blijkt voort te komen uit beïnvloedingswanen waarbij hij zijn moeder bedreigd weet via tv, telefoon, e.d.. De herinterpretatie van zijn gedrag als bescherming van zijn moeder wordt door de ouders aarzelend geaccepteerd. Nadat wij een behandelplan hebben opgesteld en hij de door ons aangeboden medicatie heeft geslikt, gaan ze ermee akkoord hun zoon te helpen bij zijn angsten. Een opname kan worden voorkomen.

- De 48-jarige mevrouw Frank roept sinds enkele jaren periodiek mijn hulp in wegens terugkerende depressies in het kader van een manisch-depressievepsychose. Tien jaar geleden is zij, in een manische fase, met een rechterlijke machtiging opgenomen. Ze kent mijn voorkeur voor opnamevoorkoming en heeft, om een herhaling van deze voor haar zeer traumatische ervaring te voorkomen, bij het eerst volgende recidief contact met mij gezocht. Ze weet dat ik tot onvrijwillige opname zal overgaan in geval ik haar gevaarlijk acht in het kader van een psychose of dat ze door een vitale depressie voor mij onhanteerbaar suïcidaal wordt. Ze heeft hiermee ingestemd. Deze keer is ze ernstig suïcidaal. Haar tijdsperspectief strekt niet verder dan twee dagen. Zelfs met een "beschermengel"-regeling (Jenner, 1984-a) vertrouwt ze zich zelf onvoldoende. Met behulp van meerdere contacten per dag, medicatie

en steun van haar familie komt ze, zonder opname, de moeilijke periode door.

De aanwezigheid van gestoorde geestesvermogens en van gevaar hebben de beschreven gevallen met elkaar gemeen. Zowel volgens de criteria van de vigerende Krankzinnigenwet uit 1884 als van het nieuwe wetsvoorstel BOPZ zou onvrijwillige opname in alle gevallen legitiem zijn geweest. Legitiem is, zoals uit de praktijkvoorbeelden bleek, niet identiek aan noodzakelijk. Zelfs in ernstige situaties blijkt een opname soms voorkomen te kunnen worden. Dit blijkt mogelijk om meerdere redenen. OVS spelen hierbij een rol.

Minstens even belangrijk acht ik het feit dat sommige in de wet gebruikte criteria op verschillende manieren zijn te interpreteren. Dezelfde criteria kunnen, afhankelijk van de beoordelaar, worden geïnterpreteerd als reden voor onvrijwillige opname of als mogelijkheid tot OVS. Met een nadere adstructie hoop ik dit te kunnen verduidelijken.

#### ONVRIJWILLIGE OPNAMEN EN DE WET.

##### Krankzinnigheid als criterium.

Hoewel de begrippen krankzinnige en krankzinnigheid centraal hebben gestaan vanaf de invoering van de vigerende krankzinnigenwet, is het tot op heden niet gelukt deze termen goed te definiëren. De enkele pogingen daartoe zijn tekort geschoten (vgl. Van der Hoeven, 1930; De Bruyn, 1973).

Vooraf het vinden van een juiste juridische formulering blijkt problematisch. Toch is een eenduidige omschrijving noodzakelijk in het kader van de rechtszekerheid van de betrokkenen. De vage omschrijving van de huidige wet heeft,

mede door de Memorie van Toelichting aangaande twijfelgevallen, de uitspraak van deskundigen gegrond op psychologische analyse van de patiënt doorslaggevend gemaakt. Aan deze deskundigen is - volgens Schnitzler (1984) - 'een te grote beoordelings- en in het verlengde daarvan eigenlijk welhaast beslissingsbevoegdheid toegekend'. Het gevaar hiervan is dat voor de beoordeling van de krankzinnigheid oneigenlijke elementen zoals levensbeschouwing, maatschappijvisie en politieke ideologie van de beoordelaar een te grote rol gaan spelen.

De evolutie van de krankzinnigenwet van een regelsysteem ter bescherming van de maatschappij tegen de krankzinnige naar een ter bescherming van de krankzinnige getuigt van een gewijzigde mening in de maatschappij over deviant gedrag. Aangezien deviantie wordt gemeten aan wat maatschappelijk normaal is, moet 'krankzinnigheid' meer worden opgevat als een sociaal-juridisch begrip dan als een psychiatrisch begrip.

Querido (1939) noemt het: de medische fictie van een juridische fictie. In het wetsvoorstel BOPZ is de term 'krankzinnigheid' vervangen door 'stoornis van de geestvermogens' in de zin van 'een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis'.

Hiermee is het dilemma slechts gedeeltelijk opgelost. Waar verschillende opvattingen gangbaar zijn over geestesstoornissen, variërend van ziek in de medische zin tot de slachtoffers van een disfunctionerende maatschappij, is de hulpverlener, die wordt geconfronteerd met een crisissituatie, niet geholpen met een andere omschrijving die evenmin als de vigerende krankzinnigenwet, objectiveerbare graadmeters biedt. Van hem wordt verwacht dat hij - namens de maatschappij - zorg draagt voor de bescherming en verzorging van het individu in nood: het bestwil-principe

(vgl. Van Eck, 1977; Van der Esch, 1971 en Geerlings, 1977). De bescherming van de maatschappij tegen gestoorde individuen wordt tegelijkertijd van hem verwacht: de politionele taak. Deze taken worden normaliter uitgevoerd via relatief gescheiden kanalen: de eerste via Sociale Dienst, medische zorg, e.d., de tweede door politie en justitiële instellingen. Een scheiding die voor "krankzinnigen" in de praktijk verlaten blijkt te zijn. De maatschappij plaatst, volgens Giel (1979), de psychiater hiermee voor een paradox.

Een dilemma is het zeker. Veronachtzaming van de eerste taak kan leiden tot verpaupering van onvoldoende gevaarlijke patiënten en/of tot een toename van het aantal psychisch gestoorde in het justitiële kanaal dat onvoldoende is toegerust voor de zorg voor deze populatie (vgl. Bassuck & Gerson, 1978; Beyaert, 1980; Bonovitz & Guy, 1979; Cohen Stuart, 1982, 1983 en Steadman, et al., 1978). Een situatie die door Appelbaum & Gutheil (1979) plastisch is omschreven als : "het recht om te rotten".

De mate waarin ziekten als verklaringsmodel worden gebruikt voor deviant gedrag speelt hierin een belangrijke rol. Verklaren pretendeert overigens meer dan wetenschappelijk verantwoord is; het betreft hier immers een hypothese, een interpretatie. Wanneer dit uit het oog wordt verloren, begeeft de hulpverlener zich op juridisch terrein; hij dreigt plaats te nemen achter de rechterstafel. Hij plaatst zich zelf, zich daarbij beroepend op professionele deskundigheid, al snel boven de wet en kent daarmee aan het bestwil-principe en haar uitvoerders een onevenredige invloed toe. Dit vindt plaats wanneer door de eerder genoemde oneigenlijke elementen in zijn beoordeling het begrip identiek wordt aan billijken. De edele motieven van hulpverleners ten spijt kunnen beklaagden hierdoor, middels een proces van operante conditionering, in de patiëntenrol worden

'geholpen'. Het doel van het bestwil-principe zou hierdoor worden voorbijgeschoten. Het beoogt namelijk te voorkomen dat krankzinnigen door hun gevangenisstraf verstoken blijven van adequate hulp, niet om niet-zieke mensen te patiëntiseren.

De psychiatrie kan eveneens worden misbruikt door contaminatie met politionele taken. Door storend gedrag identiek te verklaren aan gestoord gedrag kan de maatschappij, onder de vlag van het bestwil-principe, haar devianten elimineren op een legale, doch onvoldoende toetsbare wijze. Het begrip 'gebrek aan ziekte-inzicht' kan de sluitsteen worden in een vicieuze cirkel waarin de 'patiënt' die de mening bestrijdt van de deskundigen daarmee zijn gebrekkige ziekteinzicht bewijst en derhalve dat de onvrijwillige opname terecht was.

Onder andere uit onvrede met dit als willekeur beleefde optreden van hulpverleners en justitie is gezocht naar een ander criterium. Eén dat meer rechtszekerheid moet bieden aan het individu. In de wet BOPZ is hiervoor het gevaarscriterium gekozen.

Gevaar als criterium.

Binnen het kader van de onvrijwillige opname krijgen hulpverleners te maken met gevaar voor de betrokkene zelf, voor andere personen of voor de openbare orde. Van de behandelaar wordt verwacht dat hij hierover een gevaarsprognose geeft. Hierbij zal hij bij afwezigheid van juridische omschrijvingen moeten afgaan op zijn eigen oordeel (vgl. Frets, 1975). Als lid van de maatschappij is hij onderhevig aan de daarin vigerende normen, die zodoende - ook al is dit niet zijn bedoeling - in zijn beoordeling zullen meespelen.

Een aanvraag tot onvrijwillige opname is altijd het gevolg

van botsende belangen van de beoordeelde, de familie, behandelaren en de maatschappij. De druk waaronder de psychiater in een relatief kort tijdsbestek zijn beoordeling moet verrichten, is groot. Meerdere van de bovengenoemde partijen hebben namelijk reeds tevoren besloten dat de psychiater moet adviseren tot onvrijwillige opname. De druk om hieraan toe te geven, is een emotionele belasting die beïnvloed kan worden door processen in het onderbewuste. Tevens wordt die druk vergroot door de afnemende tolerantie van en de verslechterende conjunctuur in de maatschappij. Ook structurele problemen spelen hierin een rol: zo kan het tekort aan mankracht bij de politie voor een deel worden opgelost door de beoordeelde tot patiënt te verklaren waardoor de psychiater verder verantwoordelijk wordt, het tekort bij het OM door taakoverheveling naar de Geneeskundige Hoofdinspectie (vgl. Remmerts de Vries, 1984). Hoewel hierop nog wordt teruggekomen, wil ik reeds hier benadrukken dat juridische taken niet thuis horen bij de gezondheidszorg (vgl. Frets, 1975; Jenner, 1984-b; Monahan, 1984). Ook geestesgestoorden hebben recht op een splitsing van taken passend binnen een trias politica.

De invoering van het gevaarsprincipe is mede ingegeven om de rechtszekerheid van de beoordeelde te vergroten. Of hiervan ook sprake is, zal worden getoetst aan de hand van:

- 1) de definitie van gevaar;
- 2) enkele methodologische aspecten en
- 3) de correlatie tussen gevaar en krankzinnigheid.

#### Definitie van gevaar.

Met welke maatstaven kunnen hulpverleners meten of er sprake is van gevaar. De omschrijvingen in de vakliteratuur variëren van de brede interpretatie van De Smit (1977): 'de waarschijnlijkheid dat schade wordt berokkend' tot de beperkter interpretatie van Elders (1977): 'ernstig gevaar



voor het leven', welke we ook terugvinden in de Memorie van Toelichting (1971) en in de Memorie van Antwoord (1976). Welke graadmeters mogen hierbij worden toegepast? Volstaat de smeulende blik van de krankzinnige of moet er sprake zijn van openlijke geweldpleging? Tellen naast gedrag ook emoties en gedachten? Moet de beleving door derden wel of niet worden betrokken in afweging en voorspelling door de GGZ-werkers?

Wil zo'n voorspelling juridisch zinvol zijn, dan moet ze uitspraken bevatten over: de frequentie waarin het (voorspelde) gedrag zal voorkomen; de ernst en de mate van de dreiging, alsmede over de ernst van het leed dat berokkend wordt (vgl. Cocozza & Steadman, 1976; Dershowitz, 1970). De wet evolueert naar een gedifferentieerde vrijheidsbeperking. Hiervoor is minimaal een zekere mate van consensus nodig over de beantwoording van vragen als: Welke correlatiecoëfficiënt wordt gehanteerd tussen de mate van vrijheidsbeperking en de soort van gevaar of het kanspercentage dat dit zich voordoet; moet de duur van de onvrijwillige opname afhangen van de soort en/of van de ernst van het gevaar?

Onder de vigerende krankzinnigenwet beantwoorden de beoordelaars (medici en rechters) deze vragen impliciet, zonder zich voldoende te realiseren hiermee antwoord te geven op deze vragen waarvan ze soms het bestaan niet kennen. De nieuwe wet BOPZ lijkt hierin geen verandering te gaan brengen.

Het impliciet laten van deze vragen bemoeilijkt de toetsing van de antwoorden die worden gegeven. Het systeem dreigt zodoende zichzelf (opnieuw) te bewijzen. Naast voornoemde impliciete aanname heeft het wetsvoorstel BOPZ nog een tweede aanname overgenomen van de vigerende krankzinnigenwet, namelijk: dat een professionele (psychiatrische) expertise op deze vragen een antwoord kan geven.

# Methodologische aspecten van het voorspellen van gevaar.

De krankzinnigenwet noch het wetsvoorstel BOPZ beperken zich tot het vaststellen van gevaar. In beide speelt de voorspelling of een persoon gevaarlijk zal gaan worden een niet onaanzienlijke rol.

Een dergelijke voorspelling doet vermoeden dat daarvoor bepaalde, vrij algemeen geaccepteerde, objectiveerbare gedragingen bestaan. Dit suggereert dat tussen hulpverleners en onder juristen overeenstemming zou bestaan over:

- 1) *voorspellende gedragingen* en/of factoren waarvan wordt aangenomen dat ze relevant zijn voor het te voorspellen gedrag,
- tevens over
- 2) criteria voor of de *classificatie van gedragingen* waarover de voorspelling wordt gedaan.

Voorname factoren en criteria moeten duidelijk omschrijfbaar zijn, en betrouwbaar, d.w.z. dat onderzoeken van beide soorten gedragingen bij herhaling consistente uitkomsten geven. De omschrijvingen moeten zo ruim zijn dat zo veel mogelijk gevaarlijke geestesgestoorden hierdoor worden uitgezeefd. De *range*, het percentage mensen dat de genoemde criteria vertoont, dient derhalve groot te zijn; de selectiviteit ook. Deze geeft aan in welke mate wordt voorkómen dat anderen dan de doelgroep beide soorten gedragingen vertonen. Naarmate voorspellingen selectiever zijn, worden daardoor minder mensen onvrijwillig opgenomen op juridisch onrechtmatige gronden.

In het kader van de betreffende wet dient de relatie van beide soorten gedragingen met krankzinnigheid te zijn aangetoond. Voor de beoordeling in hoeverre de in de wet gezegde omschrijving van gevaar aan deze eisen kan voldoen, m.a.w. of de rechtszekerheid van de beoordeelde hiermee wordt gewaarborgd, zijn enkele begrippen uit de methodologie van belang:

# - Base Rate Expectancy (BRE)

De BRE geeft getalsmatig aan het aantal mensen in de maatschappij dat 'spontaan' een bepaald gedrag vertoont. Een hoge mate van betrouwbaarheid en selectiviteit van de gedragscriteria vereist een hoge BRE. Hoe lager de BRE, des te moeilijker wordt het om criteria te vinden die betrouwbaar zijn en toch selectief.

Het vóórkomen van agressief gedrag in de betekenis van gevaarlijk wordt in onze maatschappij relatief laag geschat; recidief gedrag komt nog minder voor.

Krankzinnigheid komt eveneens weinig voor. De BRE van een gelijktijdig vóórkomen van beide factoren bemoeilijkt daardoor in ernstige mate de classificatie van betrouwbare en selectieve gedragingen en het vinden van voorspellende factoren.

# - Foute voorspellingen.

Een voorspelling kan op twee manieren onjuist zijn. Wanneer het voorspelde gedrag niet optreedt, spreekt men van een vals positieve voorspelling. Van een vals negatieve voorspelling is sprake wanneer gedrag, waarvan was voorspeld dat het niet zou worden vertoond, toch blijkt op te treden. Een toename van het aantal juridisch onterechte onvrijwillige opnamen is te verwachten van beide vormen foutieve voorspellingen. Dit betekent niet dat deze opnamen alle onterecht genoemd zouden worden wanneer ze waren beoordeeld met de maten van het 'bestwil principe'.

De toename van het aantal onterechte onvrijwillige opnamen laat zich het gemakkelijkst verduidelijken met behulp van de vals positieve. Hierbij wordt de 'patiënt' opgenomen

waardoor, indien de voorspelling fout was, dit nauwelijks meer kan worden aangetoond. Agressief verweer door de 'patiënt' tegen de opname kan worden geïnterpreteerd als bewijs dat de voorspelling juist is geweest; aangepast- en rustig gedrag als het resultaat van de opname, wat kan worden opgevat als legalisering van de opname. De vereiste terugkoppeling naar de beoordelaar, nodig voor de bijsturing van diens gedrag, kan derhalve onvoldoende optreden. Dat de beoordeling gaat plaatsvinden op basis van illusoire vervalsingen is dan geen denkbeeldig gevaar meer. Dit is een methodologische hindernis, een structurele fout die niet kan worden weggenomen door de patiënt te verzekeren van rechtsbijstand (vgl. Jenner, 1984-b).

Een vals negatieve voorspelling openbaart zich per definitie doordat de patiënt gevaarlijk is geworden. Terugkoppeling heeft bij deze voorspellingen meestal wel plaats. De consequenties zijn voor alle betrokkenen onaangenaam. De beoordelaar zal een volgende maal soortgelijk gedrag als gevaarlijker inschatten. Een toename van het aantal vals positieven kan hiervan het gevolg zijn (vgl. Fagin, 1976; Roth, 1980).

Het mag dan ook geen verbazing wekken dat het aantal vals positieve voorspellingen zeer hoog is: Kozol, et al. (1972) vonden ze in 65 procent van de voorspellingen,

Wenk et al. (1972) vonden acht vals positieve op elke juiste voorspelling. Een verklaring van dit verontrustend hoge aantal kan worden gezocht in:

- 1 *de lage BRE* van gevaarlijk gedrag van geestesgestor-
- den,
- 2 *gebrek aan corrigerende feed-back,*
- 3 *principes van de beoordelaar,*

Volgens het bestwil-principe zijn krankzinnigen ziek en dienen ze te worden behandeld. Voorstanders van dit principe kunnen (onbewust) de gevaarsfactor aandikken om de -

huns inziens noodzakelijke - behandeling gerealiseerd te krijgen (vgl. Scheff, 1966, 1969 en 1973; Frankl, 1968; Dershowitz, 1970). Zo vonden Monahan & Cummings (1975) dat hulpverleners gedrag waarvoor ze een psychiatrische opname wenselijk achtten als gevaarlijker beoordeelden dan gelijksoortig gedrag bij mensen die ze crimineel vonden.

Veranderde normen hebben geleid tot een meer liberale rechtspraak en mildere straffen. Een "zaak" wordt eerder en meer frequent geseponeerd. Tekort aan ruimte leidt tot wachtlijsten voor het uitzitten van gevangenisstraf, tekort aan cellen tot het huiswaarts sturen van verdachten. De meningsverschillen hierover lopen dwars door de samenleving en door de groeperingen die zijn ingeschakeld bij de effectivering van de kranzinnigenwet heen. Onbewuste bezwaren van de tegenstanders van deze ontwikkelingen kunnen leiden zowel tot het overaccentueren van de krankzinnigheid en van het gevaar als tot het aangeven van correlaties tussen beiden waar deze nog onvoldoende zijn bewezen.

#### *4 de zgn. alphafout,*

Medici wordt in hun opleiding geleerd dat het nalaten van onderzoek en het niet onderkennen van een ziekte erger is dan het doen van onderzoek dat niets afwijkends oplevert.

#### *5 illusoire correlaties,*

De correlaties waarop hulpverleners hun gevaarsprognose baseren, zijn volgens meerdere onderzoekers meer gebaseerd op stereotype beroepsverwachtingen dan op betrouwbaar wetenschappelijk onderzoek (vgl. Kumasaka et al., 1972; Fagin, 1976; Affleck, et al., 1978, Roth, 1980).

#### *6 de rechtspositie van de patiënt,*

Verweer tegen zijn onvrijwillige opname is voor de patiënt altijd een moeilijke zaak geweest. Met fysiek verweer bewijst hij zijn ongelijk. Juridisch verweer werd nog niet eens zo lang geleden bemoeilijkt door bewegingsbeperking en belemmeringen in het briefverkeer. De mogelijkheid tot

verweer werd evenmin bevorderd door het verlies van burgerrechten. Te verwachten is dat de rechtspositie zal verbeteren door de aanbevelingen van de werkgroep Rechtspositie in psychiatrische ziekenhuizen (1979), het functioneren van de patiëntenombudsman en de rechtskundige bijstand zoals beschreven in het wetsvoorstel BOPZ.

- Beoordelaar en methode.

Met behulp van de 'klinische blik' blijkt een juiste voorspelling in niet meer dan één derde der beoordelingen mogelijk. Het ontbreken van objectiveerbare criteria zal hieraan zeker debet zijn. De stereotype beroepsverwachtingen van de beoordelaar die van invloed zijn, doen vermoeden dat diens professie ook een rol speelt. Zo is verschuiving van de gevaarsprognose naar de rechter, zoals in enkele Amerikaanse staten heeft plaatsgevonden, gepaard gegaan met een stijging van het percentage onvrijwillige opnamen. Hoewel de gevaarsprognose door hulpverleners zeker niet vlekkeloos genoemd mag worden, acht ik een verschuiving hiervan naar justitie alleen al daarom niet wenselijk.

Het blijkt mogelijk om de range van de voorspelling te vergroten door gebruik te maken van gestandaardiseerde vragenlijsten (vgl. Meehl, 1954, 1965). Door hun zeer hoge percentage vals positieven - Wenk, et al. (1972) vonden 86% en Steadman (1973, a en b) zelfs 90% - blijken zij toch (nog?) niet goed bruikbaar.

Krankzinnigenwet en strafwet.

Gedragingen van de krankzinnige worden met een andere maat gemeten dan die van de niet krankzinniggeachte burger. De rechter veroordeelt de laatste niet dan nadat hij de ten

laste gelegde feiten bewezen acht. Bij de beoordeling (veroordeeling?) door de rechter van de krankzinnige volstaat een tenlastelegging. Een bewijs is niet noodzakelijk, een onderzoek naar het ten laste gelegde geen *conditio sine qua non*. Waar dit onderzoek wel heeft plaatsgevonden, is het veelal gedaan door een leek op dit terrein: door een hulpverlener. Ten aanzien van dit impliciete verschil in bewijslast stellen Livermore et al. (1968) ons de vraag: 'If in the criminal law it is better that ten guilty men go free than that one innocent man suffers, how can we say in the civil commitment area that it is better that 54 harmless people be incarcerated lest one dangerous man be free?'

#### Praktische uitvoerbaarheid.

De praktische uitvoerbaarheid van het wetsvoorstel BOPZ wordt door juristen in twijfel getrokken. Slechts na forse personeelsuitbreiding bij de rechterlijke macht achten Krul-Steketee & Zeegers (1983) uitvoering ervan mogelijk. Mede om deze reden bepleit Remmerts de Vries (1984) de overdracht van de taken van het OM naar de GHIGV. Gezien de economische recessie van dit moment valt van de nieuwe wet een vertraging in de procedures die de BOPZ vereist, te verwachten. Hierdoor komt de hulpverlener in een benarde situatie. Zijn mogelijkheden op vrijwillige basis zijn uitgeput. Hulp wordt afgewezen of is onvoldoende effectief. Hij komt zodoende machteloos te staan als hulpverlener en kan bekeld raken als individu tussen eigen humane overwegingen, het onvermogen van justitie, de aandrang van de politie en de huisarts, het onbegrip van familie en burens en de weigering van betrokkene.

Behandelaar/beoordelaar.

Het gevaar van de psychiatrische patiënt.

Veldwerkers moeten de epidemiologische gegevens over gevaarlijk gedrag individualiseren naar de situatie waarin ze te hulp zijn geroepen. Waar het trekken van algemene conclusies slechts tentatief kan zijn en met de grootste mate van terughoudendheid moet gebeuren, wordt de individualisering ervan nagenoeg een Herculische taak. Gegevens zijn veelal verkregen uit kwantitatieve vergelijkingen van de processen verbaal van onvrijwillig opgenomen patiënten met die van andere burgers.

Vertekening kan hierbij op vele niveaus optreden. Zo hebben Weinstein (1964), Steadman (1973-b) en Cocozza & Steadman (1976) er op gewezen dat hulpverleners in hun geneeskundige verklaring veelal andere feiten opvoeren dan de criteria die ze als beroepsgroep van belang achten bij het stellen van een gevaarsprognose. Het niet of minder verbaliseren van (ex-)psychiatrische patiënten uit bijvoorbeeld bestwiloverwegingen of tengevolge van structurele onderbezetting van de politie, leidt tot te lage schattingen van gevaarlijk gedrag van psychiatrische patiënten. Het tegenovergestelde kan eveneens plaatsvinden: het strafblad van de (ex-)psychiatrische patiënt is beschreven met een onvrijwillige opname wat tot een self-fulfilling prophecy kan leiden over hoe gevaarlijk psychiatrische patiënten wel zijn.

Psychiatrische patiënten zijn volgens hun behandelaars niet gewelddadiger dan 'gezonde' burgers (vgl. Pollock, 1938; Rabkin, 1974 en Cocozza & Steadman, 1976). Patiënten die als gevaarlijk te boek stonden, gedroegen zich tijdens hun opname enigszins - maar niet significant - gewelddadiger dan ongevaarlijk geachte patiënten. Na hun ontslag was dit omgekeerd (vgl. Cocozza & Steadman, 1976; Yesavage et al., 1982).



Hoewel psychiatrische patiënten dus niet gevaarlijker blijken, zijn enkele gegevens toch wel van belang voor de hulpverleners in de acute dienst. De gegevens zijn met name ontleend aan: Back-Y-Rita, et al. (1971), Climent & Ervin (1972) en Goothill, et al. (1981). Zo richten vrouwen geweld vaker op zich zelf, terwijl mannen dit vaker richten op anderen. Arrestaties wegens diefstal (vgl. Rappeport & Lassen, 1965; Giovanni & Gurel, 1967), homicide en aanranding (Giovanni & Gurel, 1967; Zitrin, et al., 1976) komen meer voor bij mannen. Velen van hen blijken vóór hun onvrijwillige opname reeds te zijn veroordeeld voor gewelddadig gedrag. De vraag naar oorzaak en gevolg in deze is nog onopgelost gebleven.

Hulp bij gewelddadig gedrag wordt voornamelijk ingeroepen tussen 19.00 uur en 04.00 uur. Bij de bemanning van crisisdiensten zou hiermee rekening gehouden kunnen worden. Een positieve correlatie met geweld wordt gevonden bij: hersenletsel, suïcidale ideatie en tentamen suïcidaal. Kinderneurotische verschijnselen, noch hoofdletsels in de jeugdjaren correleren positief met geweld. Angst voor heterocide, gedachten over agressie noch de niet gepersonifieerde bedreiging ermee zijn betrouwbare voorspellers. Een gepersonifieerde intentie daartoe wél; gezinsleden lopen hierbij meer risico dan buitenstaanders.

Twee-derde der onvrijwillige opnamen wegens geweld blijkt - volgens transcultureel onderzoek - vanuit de thuissituatie te worden gerealiseerd (vgl. Goothill, et al., 1981). De diagnose psychose (ICD: 290-299) blijkt hierbij het meest te zijn gesteld.

Een groot suïcide risico loopt de leeftijdsgroep rond de dertig; ouderen verwaarlozen zich vaker.

#### Richtlijnen voor de therapeut.

De maatschappij probeert op verschillende manieren deviant gedrag te corrigeren dan wel te elimineren. De psychiatrie

dient alert te zijn hiervoor niet misbruikt te worden. Het gevaar van misbruik middels de onvrijwillige opname is verre van denkbeeldig. De weigering van psychiaters om een aandeel te hebben in de procedure rond een onvrijwillige opname maakt dit gevaar niet kleiner. Dit verwacht ik wel van hun kritische opstelling.

OVS kunnen mits op indicatie en op adequate wijze uitgevoerd in een onbekend percentage van de verzoeken om onvrijwillige opname deze voorkomen door een geslaagde ambulante crisisinterventie of door het realiseren van een vrijwillige opname.

Wanneer men de indicatie tot onvrijwillige opname heeft gesteld, kan men de betrokkene alsnog voor de keuze stellen: behandeling volgens afspraak of een geneeskundige verklaring. Het aanbieden van deze keuze vóórdat de indicatie is gesteld, acht ik een vorm van chantage en derhalve verwerpelijk. Dit voorstellen na de indicatiestelling zou ik een 'herkansing' willen noemen. Ter voorkoming van oneigenlijk gebruik zou dit het beste kunnen gebeuren na overleg met de kantonrechter en in aanwezigheid van een toegevoegd raadsman van betrokkene.

In die gevallen waarin een onvrijwillige opname onvermijdelijk is, dient de psychiater zich te beperken tot het terrein waarop hij deskundig is: de diagnostiek van de gestoorde geestesvermogens.

Met de huidige kennis van gevaarlijk gedrag kunnen de 'menswetenschappers' zich nauwelijks opwerpen als deskundigen op dit terrein. Ze kunnen intrapsychische fenomenen ervan verklaren en relevante gedragssequenties onderkennen. Hun voorspellingen zijn echter twee van de drie keer fout, de beoordeling van het suicidegevaar misschien uitgezonderd. De gegevens over een mogelijke relatie tussen gevaar en stoornis der geestvermogens zijn op zijn zachtst gezegd discutabel. Totdat meer en betrouwbaarder gegevens bekend

zijn, kunnen hulpverleners zich mogelijk maar beter onthouden van het geven van gevaarsvoorspellingen. Conclusies in een geneeskundige verklaring als betrof het harde feiten moeten pretentieus worden genoemd.

De tijd lijkt ervoor rijp om de maatschappij te wijzen op de irreële verwachtingen van en eisen aan de hulpverleners, waardoor deze worden gesteld voor een paradoxale opdracht (vgl. Giel, 1979). Het onderzoek van klachten over geweldpleging kan beter worden overgelaten aan de politie (vgl. De Winter, 1978). Het beoordelen van gevaar voor de openbare orde behoort evenmin tot het terrein van de psychiatrie. Agressief gedrag waarvan normaliter geen proces-verbaal wordt opgemaakt, is onvoldoende gevaarlijk voor de openbare orde om een onvrijwillige opname te rechtvaardigen. Monahan (1984) wijst een dergelijk misbruik van de psychiatrie als volgt af: "We should decline to lounder for the legal system the social and demografic factors that anticipate future crime and decline to let judges fob off on us the moral balancing of competing claims for the offender's freedom and the predicted victims' safety".

De plaats van de psychiater is vóór de groene tafel, zijn rol die van getuige-deskundige. Hij moet de kantonrechter informeren. Hiervoor kan hij, waar mogelijk en de diagnose uitgezonderd, zich het beste onthouden van vakjargon. De weergave van waargenomen en van via anderen vernomen feiten moet zo min mogelijk worden gekleurd door de interpretatie daarvan. De indeling van de geneeskundige verklaring maakt het onderscheid tussen feiten, interpretatie en diagnose mogelijk. Hierop kan de rechter, van achter de tafel, een oordeel vellen. Om deze reden is het mijns inziens dan ook nooit zinloos dat de kantonrechter de betrokkene spreekt. Het is juist zijn taak om de informatie van de geneeskundige verklaring te wegen. Dit kan hij onvoldoende wanneer hij betrokkene niet heeft gesproken. Het

is de taak van de psychiater om adviezen te geven welke voorzorgen in acht genomen moeten worden om te voorkomen dat betrokkene in de tussenliggende periode daadwerkelijk gevaarlijk wordt. Zijn taak omvat tevens het attenderen van de kantonrechter op 'ziekte-specifieke' kenmerken voorzover ze aanleiding kunnen zijn tot het krijgen van een vertekend beeld. Het vermogen van paranoïde patiënten om gedurende korte periode hun gestoorde reality-testing te verhullen, is hiervan een goed voorbeeld.

Het ware te wensen dat vragen van de psychiater om nader onderzoek altijd gehonoreerd gaan worden door de politie. Een terugrapportage aan de psychiater over het uiteindelijk gevelde oordeel door justitie zou verplicht gesteld moeten worden.

### 3.3 DE AMBULANTE BEHANDELING VAN ACUTE PSYCHOSEN, GEILLUSTREERD MET EEN GEVALSBESCHRIJVING.\*

#### Inleiding.

In dit artikel willen we aan de hand van een gevalsbespreking de ambulante werkwijze (ACI) beschrijven die we reeds meerdere jaren toepassen bij acuut psychotische decompensaties. Deze aanpak is enerzijds geworteld in de systeemtheorie en anderzijds gebaseerd op de literatuur over ambulante crisisinterventie van Langsley et al. (1968-a en b, 1969, 1971).

De systeemtheorie heeft grote invloed gehad op het denken over het ontstaan van schizofrene psychosen. Bateson et al. (1975) achtten een 'double-bind'-situatie noodzakelijk voor het ontstaan van deze psychosen; een situatie "waarin iemand, wat hij ook doet, nooit het goede kan doen". Haley (1963) beschrijft schizofreen gedrag als een poging om te voorkomen dat de relatie die je met anderen hebt, kan worden bepaald (vgl. ook Watzlawick et al., 1970). Volgens de systeemtheoretische hypothese zijn schizofrene mensen opgegroeid binnen een systeem met als hoofdregel: 'Wat je doet, is verkeerd; maar als je niets doet, is het zeker verkeerd'.

Door deze benadering is onze kijk op psychotische symptomen veranderd. Het zijn voor ons nu niet meer primair onbegrijpelijke, moeilijk objectiveerbare intrapsychische fenomenen; maar meer gedragingen die benaderbaar worden vanuit een interactioneel model. Haley (1959, 1963 en 1975) benadrukt de functie van psychotische gedragingen in de handhaving van het gezinsevenwicht. Hierdoor wordt een mogelijkheid gecreëerd tot een gezinstherapeutische aanpak van psychosen (vgl. ook Palazolli et al., 1974, 1976 en 1979).

\* Eerder verschenen in: Kwartaalschrift voor Directieve therapie en hypnose (1982, 2,1 : 52-66 door J.A. Jenner en H. Henneberg.)

Het belang van ambulante behandeling is in Nederland uitmuntend verdedigd door Querido (1936; vgl. ook Heerma van Voss, 1980). Het effect ervan vergeleken met dat van een opname in het psychiatrisch ziekenhuis is beschreven door Langsley et al. (1968-a en b, 1969, 1971 en 1978) en door Decker & Stubblebine (1972). Hun onderzoek geeft aan dat patiënten die worden geholpen middels ambulante crisis-interventie, een zeker zo goede prognose hebben als mensen die klinisch worden behandeld. De onderzoeken van Smith et al., (1974) en Stein & Test (1976) tonen aan dat patiënt én familie significant vaker tevreden zijn over ACI dan over een klinische behandeling. Voor een uitvoeriger uiteenzetting hierover verwijzen we naar Jenner & Frets (1981).

De door Jackson (1963) beschreven strategie bij een paranoïde psychose heeft ons gestimuleerd de noties uit de systeemtheorie ambulant te gaan praktiseren bij acute psychosen. Wij geven hierbij de voorkeur aan huisbezoeken, omdat hierdoor - zoals wij hopen te verduidelijken met dit artikel - een groep psychotische mensen kan worden bereikt, die zelf niet (snel) om hulp vragen en die evenmin bereid zijn om naar een therapeut toe te gaan. Deze groep dreigt tussen wal en schip te geraken door de ontwikkelingen binnen de instituutsgebonden psychotherapie en de maatschappelijke weerstand tegen psychiatrische inrichtingen. Over de ambulante behandeling van deze groep hebben wij slechts weinig literatuur gevonden (Hoogduin et al. 1978, 1979 en 1980).

Bij deze behandeling worden enkele technieken gebruikt, die erop zijn gericht om de patiënt als het ware af te dwingen dat hij reageert op de therapeut, met name de zgn. 'horror-' en 'mothering'-technieken zijn hier van belang. Daarnaast zoekt de therapeut intensief naar mogelijkheden om met behulp van positief etiketteren en herformu-

leren een positieve atmosfeer te scheppen.

In de volgende paragrafen worden deze technieken aan de hand van een gevalsbeschrijving nader omschreven.

#### Gevalsbeschrijving.

##### *Mevrouw Vink*

##### *Aanmelding:*

De huisarts belt ons op met het dringende verzoek om te bemiddelen bij de opname van mevrouw Vink. Hij verstrekt ons de volgende gegevens. Patiënte is 63 jaar en woont in bij haar dochter en schoonzoon. Enkele dagen geleden is zij incontinent geworden voor faeces en urine. Zij besmeert huisraad en muren met de excreta en weigert een en ander weer op orde te brengen.

Sinds enkele dagen heeft ze zich teruggetrokken in bed en staat niet toe dat zij gewassen wordt, noch dat het bed-degoed of de kamer worden schoongemaakt. Het gezin is aan het eind van zijn krachten en dringt aan op opname. De huisarts ondersteunt deze aanvraag. Hij vermoedt dat patiënte dementerende is. Wij stellen voor om de situatie ter plekke te beoordelen en om indien mogelijk een poging tot ambulante behandeling te doen.

In eerste instantie wijst de huisarts ons voorstel van de hand met het argument dat patiënte reeds zeven psychiatrische opnamen achter de rug heeft, waarbij o.a. de diagnose schizofrenie is gesteld.

Tenslotte worden we het er over eens om gezamenlijk middels een huisbezoek het psychiatrische beeld en de situatie te beoordelen. Afgesproken wordt dit nog dezelfde dag te doen en dat de huisarts de familie hiervan op de hoogte zal stellen.

*Eerste gesprek:*

Het eerste deel van het gesprek wordt alleen met de dochter en de schoonzoon gevoerd teneinde vollediger informatie te verwerven en de opstelling van beiden tegenover moeder te taxeren.

Patiënte blijkt sinds drie dagen voedsel te weigeren en weinig te drinken; vandaag heeft ze nog niets gedronken.

De problemen zijn begonnen met een periode waarin zij enkele uren achtereen op het toilet bleef zitten, omdat - naar haar zeggen - haar armen en benen gebroken waren. Dit heeft geleid tot conflicten tussen moeder enerzijds en haar dochter en schoonzoon anderzijds. Daarnaast blijken er reeds jaren periodiek terugkerende ruzies te bestaan tussen de echtelieden over patiënte, waarbij de schoonzoon aangeeft haar "zo" niet meer in huis te willen hebben en de dochter zich moreel verplicht voelt haar moeder te blijven verzorgen. Een oplossing is nooit gevonden. Er bestaat al jaren een status-quo tussen de echtelieden met recidiverende ruzies vanuit de loopgraven der gewoonte.

Deze ruzies zijn heviger en frequenter geworden sinds de schoonzoon, vier weken geleden, in de ziektewet is geraakt wegens rugklachten. Uitgebreid lichamelijk onderzoek en aanvullend laboratorium- en röntgenonderzoek hebben geen aanwijzing opgeleverd voor organische afwijkingen (informatie huisarts).

Wanneer we met de dochter de kamer van patiënte binnengaan, komt ons een putride geur tegemoet. Patiënte reageert zéér geïnteresseerd op onze komst. Ze praat honderduit over haar gebroken ledematen, waarmee ze heftig gesticuleert. Ze vertelt ons dat ze eigenlijk dood is. Uit haar antwoorden op onze vragen over het verleden blijkt dat geheugen en oriëntatie ongestoord zijn en dat haar bewustzijn helder is. Ze maakt op ons vooralsnog geen demente indruk.

Patiënte is erg dik (volgens de huisarts is het laatst bekende gewicht 130 kg). Er lijken geen tekenen van



uitdroging te zijn, wel vertoont haar huid grote plekken van smetten, wat de kans op verlies van vocht en elektrolyten vergroot. Al snel ontstaat er tussen patiënte en haar dochter een ruzie over het eten. De dochter verwijt haar moeder ondeugend te zijn met haar voedselweigering. Ze vindt dat patiënte haar ontlasting ook best zou kunnen ophouden tot het toilet maar dat patiënte met opzet weigert en haar de rommel op laat ruimen. Patiënte reageert woedend met een herhaling van haar klachten: gebroken ledematen, dood zijn, etc. De dochter herhaalt met stemverheffing haar standpunt.

*Voorlopige conclusie en plan:*

De situatie is, gezien de weigering van patiënte om te drinken, levensbedreigend, ook al zijn er op dat moment geen directe tekenen van uitdroging. Vochtweigering van slechts enkele dagen leidt namelijk tot onherstelbare schade aan belangrijke organen zoals nieren. Bovendien is de situatie sociaal nauwelijks meer houdbaar.

Patiënte heeft verder psychotische verschijnselen met hypochondere wanen (gevoel dood te zijn, gebroken ledematen). Ze maakt zeker geen demente indruk.

Tussen moeder en dochter lijkt een strijd gaande te zijn over het eten en de toiletgang, die mogelijk de problemen nog verergert. Zeker is dat de reacties van de dochter als versterkers werken op het gedrag van moeder. Het conflict van het echtpaar over de positie van moeder lijkt een tweede, verergerende factor.

We besluiten tot acute crisisinterventie ter voorkoming van opname met behulp van: 1. de 'mothering'-techniek, 2. de 'horror'-techniek, 3. heretiketteren en 4. blokkade van de bekrachtigingsketen.

Als strategie wordt gekozen voor frequente huisbe-

zoeken teneinde greep op de situatie te houden, het uitdrogingsgevaar te kunnen beoordelen, maar ook om de dochter en haar man te steunen in deze moeilijke periode.

Verder kiezen wij voor een antipsychotische medicatie en wel om twee redenen: Ten eerste vormen antipsychotica een causale therapie voor de levensbedreigende vochtweigering die wij als gevolg zien van de psychose. Ten tweede zal patiënte rustiger worden waardoor de draaglast voor de familie wordt verminderd. Een ambulante therapie is niet realiseerbaar, wanneer de draaglast groter is dan de draagkracht van de familieleden.

Het eerste werkdoel is patiënte te motiveren weer te gaan drinken. Met behulp van de 'horror'-techniek schetsen we de dochter, maar via de dochter aan de moeder, uitvoerig en met plastische beelden de consequenties van uitdroging. Bij deze techniek wordt op meelevende, maar zakelijke wijze door de therapeut beschreven wat er allemaal kan gebeuren wanneer er geen verandering plaatsvindt. Mogelijke gevolgen die in de toekomst kunnen gebeuren, worden beschreven alsof ze hier-en-nu kunnen plaatsvinden. Ze worden gecondenseerd in het heden. Bij voorkeur richt de therapeut zich niet direct tot de patiënt. Hij praat tegen derden of hardop in zichzelf maar wel op zo'n manier dat de patiënt hem goed hoort (vgl. Hoogduin & Druijf, 1980).

Terwijl we de dochter aansluitend verzoeken om slappe thee te zetten, wenden we ons tot moeder. We onderzoeken, hardop in onszelf pratend, uitvoerig de huidturgor en de vochtigheid van de slijmvliesen. Zodra de thee is gearriveerd, gaan we bij patiënte aan bed zitten, ondersteunen met de ene hand haar hoofd en brengen de thee naar haar mond ('Mothering'; vgl. Ferreira, 1959).

We doen dit met de nodige omzichtigheid en verzoeken patiënte nadrukkelijk om zich niet te forceren. Patiënte

accepteert; wij zijn opgelucht want nu pas behoort een ambulante behandeling tot de mogelijkheden.

Door dit alles heen speelt de attitude van de therapeut een belangrijke rol. Het is maar al te bekend hoe moeilijk het is om contact te maken en te houden met psychotische mensen. De meest effectieve manier hiervoor biedt in onze ervaring de therapeutische paradox: een opstelling waarin de patiënt, wat hij ook doet, het altijd goed doet. De psychotische symptomen worden niet frontaal bestreden, ze worden overgenomen (vgl. Haley, 1963, p. 111 e.v. en Palazolli, et al, 1979).

Lange (1977) noemt dit de Judo-houding. Enkele verkorte voorbeelden kunnen dit adstrueren. Op patiëntes relaas over haar lijdensweg, geplaveid met chronische klachten en eerdere opnamen, reageren we met medeleven en met verbazing over haar doorzettingsvermogen om er steeds weer bovenop te komen. Wanneer patiënte klaagt over gebroken ledematen, bestrijden we haar waan niet frontaal; we informeren naar het ongemak dat ze ervan moet ondervinden en gebruiken dat weer in onze 'mothering' zoals boven omschreven. De realiteit waarin patiënte leeft, wordt dus geaccepteerd en niet ontkend. Tegelijkertijd proberen wij op een impliciete wijze een andere, ónze realiteit aan te bieden. Dit uit zich zowel in onze houding van het zoeken naar verandering, alsook in bijv. het doorvragen bij en het concretiseren van psychotische klachten en door de timing van onze antwoorden. Zo merken wij terloops op dat patiënte zich beter niet kan forceren op het moment dat ze, al gesticulerend, vertelt dat haar ledematen zijn gebroken. Een uitvoeriger beschrijving volgt later wanneer we de herinterpretatie van de voedselweigering als poging tot afslanken verder uitwerken.

Naar de dochter toe reageren wij, gezeten rond het bed van moeder, nogmaals met een uiteenzetting over lichamelijk

welbevinden, fracturen, uitdroging en de complicaties ervan ('Horror'). Hierbij wordt bij herhaling het woord breken gebruikt in figuurlijke betekenis (bijv. 'je gebroken voelen').

De dochter dringt aan op opname van moeder omdat het 'zo geen doen is' en 'moeder moet goed behandeld worden in haar eigen belang'; haar man steunt haar in deze opvatting.

Wij tonen begrip door uitvoerig in te gaan op de opofferingen die het echtpaar zich tot op heden heeft getroost, door hen te complimenteren met het zoeken naar de voor moeder beste oplossing, etc. Het verzoek tot opname wordt dan ook in eerste instantie geaccepteerd, maar het element 'goede behandeling' wordt er speciaal uitgelicht.

In het kader van een opname voorkomingsstrategie (voor uitvoerige uiteenzetting hiervan zie Hoogduin & Van den Bosch, 1978) bespreken wij dat regelmaat en zindelijkheid gewenst zijn en dat een ziekenhuissetting met vaste, soms ijzeren regelmaat hiervoor een goede omgeving kan zijn. In het hierna volgende gesprek blijkt duidelijk dat zowel patiënte als haar dochter en schoonzoon ambivalent staan tegenover een opname. Op hun opmerkingen wordt zo ingespeeld dat vermeende voordelen van een opname minder zwaar gaan wegen. Hierbij wordt ervoor gewaakt dat de over psychiatrische ziekenhuizen verstrekte gegevens de werkelijkheid op geen enkele wijze geweld aan doen.

In de loop van dit gesprek maakt patiënte in woord en gebaar duidelijk dat ze geen opname wil. Ook de dochter vertoont steeds meer aarzeling, ze wil wel behandeling maar eigenlijk toch niet een opname. Hierop wordt het gesprek zo gestuurd dat iedereen behandeling thuis prefereert.

Gezien de preciaire toestand van patiënte (vochtweigering) wordt hierbij een recht-toe-recht-aan-afpraak gemaakt over wat voor het echtpaar haalbaar is en waar de grens ligt van wat verantwoord is, zowel naar de patiënte

toe als wat betreft de mogelijkheden van behandeling thuis. Bij overschrijding van die grens zal opname in een psychiatrisch ziekenhuis volgen. Deze afspraak is voor het echtpaar, voor patiënte, voor de huisarts en voor ons acceptabel.

Hierna wordt aandacht besteed aan de praktische uitwerking van de thuisbehandeling. De problemen van het eten worden besproken en enkele alternatieven zoals vloeibaar voedsel worden door ons aangedragen.

De voedselweigering wordt door ons gekoppeld aan de adipositas. We opperen nogmaals de mogelijkheid dat patiënte wil vermageren, dat dit op zich goed is voor haar gezondheid, dat het ook goed is voor haar mobiliteit. We stellen echter met nadruk dat wij het eens zijn met de dochter dat overdreven snel vermageren niet goed is. We werpen ons hierna op als dieetdeskundigen. Vanuit de literatuur over anorexia nervosa is gewezen op het strijdelement in voedselweigering (Liebman, et al., 1974-a en b; Minuchin, et al., 1978). Palazolli (1974) heeft in haar monografie het stabiliserende element voor de gezinsstructuur benadrukt. Rosman, et al. (1975) doorbreken het strijdelement rond het eten door tijdens gezinslunches met de therapeut zoveel mogelijk bekrachtigers weg te nemen. Wij proberen het met de volgende afspraak die, na langdurig onderhandelen, voor alle betrokkenen acceptabel is: de dochter zal slechts weinig voedsel neerzetten en niet meer dan eenmaal bij haar moeder aandringen op eten. Na een vaste tijd zal ze zonder verder commentaar het bord met de dan nog aanwezige etensresten wegnemen. Wij hopen hiermede de machtsstrijd rondom het eten te doorbreken.

De weigering om onder de douche te gaan wordt evenzo besproken. Moeder is mogelijk bang om uit te glijden in de douche; gewoon lopen valt haar immers al moeilijk.

De gevaren van adipositas en langdurige bedrust op

deze leeftijd worden nogmaals besproken ('horror'). Wij bieden daadwerkelijke steun aan door moeder onder haar arm te steunen en door de dochter te vragen hetzelfde te doen aan de andere kant ('mothering'). Moeder accepteert ons aanbod en doet de eerste stapjes. Het maken van een afspraak over het wassen van voeten, handen en gezicht blijkt daarna mogelijk te zijn.

Met de huisarts wordt een regeling getroffen voor mogelijke crisissituaties in weekend en avonduren, alsook over antipsychotische medicatie (Trilafon 3 dd. 4 mg. en Disipal 3 dd. 50 mg.).

*Tweede en derde zitting:*

Bij het volgende bezoek een dag later is onze eerste zorg het drinken. Patiënte drinkt weer spontaan. Wij halen opgelucht adem en vervolgen veel geruster het gesprek. Het eten gaat nog moeizaam maar leidt niet meer tot ruzies. Alle betrokkenen worden uitvoerig geprezen. Belangstellend wordt geïnformeerd naar mogelijke problemen in de uitvoering van de afspraken en op mogelijke complicaties wordt geanticipeerd. Het toiletprobleem en het wassen worden gedetailleerd besproken. Dit leidt tot enkele praktische adviezen, zoals het huren van een po-stoel, een plastic krukje voor onder de douche, en dergelijke.

Op de derde dag is ook het eten genormaliseerd. Patiënte is niet meer incontinent voor faeces. De psychose is duidelijk aan het verbleken: patiënte gedraagt zich levendiger en voelt zich ook zo. Ze klaagt niet meer over armen of benen.

Desondanks heeft de dochter meer klachten over haar moeder dan tijdens het tweede bezoek. Vanuit de systeemtheorie is de stabiliserende factor van de psychose voor het gezinssysteem beschreven. (Jackson, 1963, Haley, 1959

en 1975). Bateson et al. (1975) beschrijven hoe de verbetering bij de psychoticus kan leiden tot gevoelens van angst bij andere gezinsleden (p. 61). Omdat wij vermoeden dat de dochter moeite heeft om zich aan te passen aan de nu toenemende zelfstandigheid van haar moeder, geven wij haar een duidelijk actievere rol bij het herstel van moeder. In overleg besluiten wij om de volgende zitting pas na enige dagen te plannen.

#### *Vierde en vijfde zitting:*

In het 'systeem' heeft zich een ingrijpende verandering voorgedaan; een week geleden heeft de schoonzoon een verkeersongeval gekregen waardoor hij in een ziekenhuis is opgenomen.

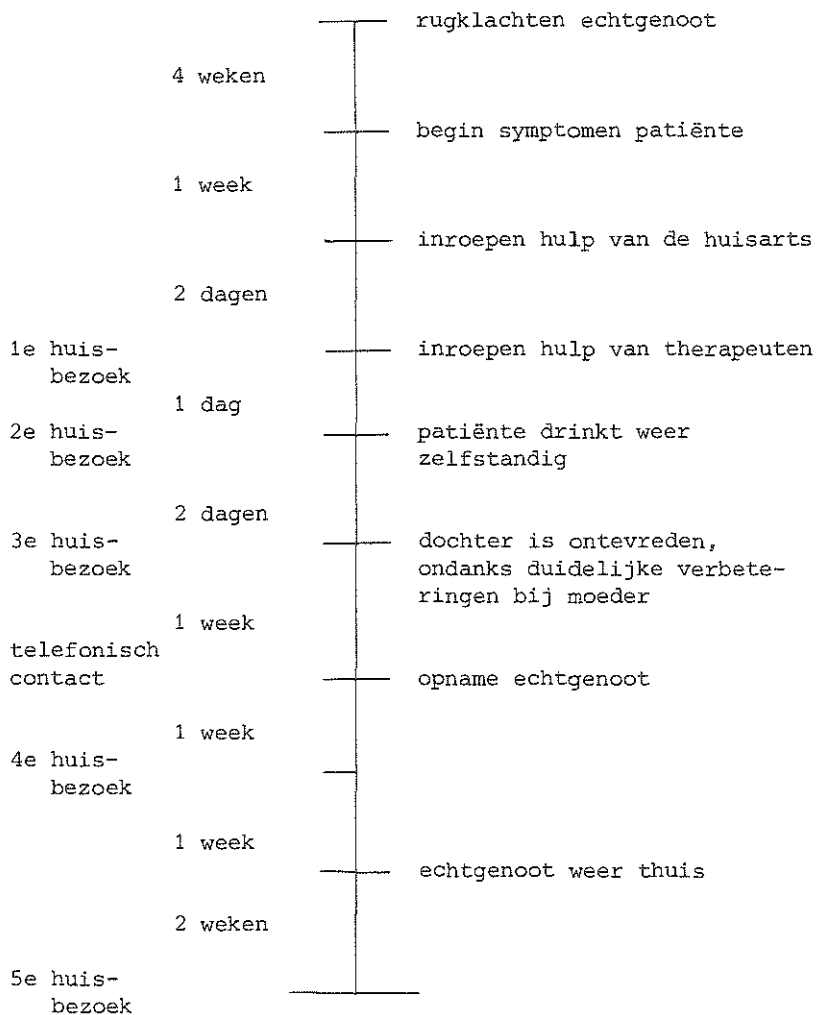
Met patiënte gaat het erg goed: zij verzorgt zichzelf nog niet geheel maar gaat wel tweemaal per week onder de douche, is afgevallen, eet en drinkt zonder problemen. Van haar schoonzoon heeft ze een eigen televisie op haar kamer gekregen, waar ze zich nu regelmatig terugtrekt. Ruzies tussen patiënte en moeder komen nagenoeg niet meer voor.

De volgende keer is de echtgenoot weer thuis uit het ziekenhuis. De verbetering is progressief. Ook de verstandhouding patiënte-schoonzoon is verbeterd; er zijn geen echtelijke conflicten meer geweest over moeder. We besluiten de behandeling te stoppen en maken een follow-up afspraak. Verder wordt afgesproken dat ze direct bellen, wanneer ze ontevreden zijn over de ontwikkelingen.

#### *Follow-up:*

Zes maanden later bestaan de verbeteringen nog steeds. Patiënte heeft haar vermageringskuur voortgezet. Ze is actiever geworden en onderneemt zelfstandige activiteiten. Het echtpaar is tevreden met de huidige situatie en maakt geen ruzies meer over moeder.

Samenvattende schematische weergave van het verloop van de behandeling





### *Discussie:*

De door ons beschreven technieken zijn niet nieuw. Ze zijn eerder beschreven. De beschreven behandelingen werden echter meestal klinisch (vgl. Haley, 1963) uitgevoerd, dan wel met jeugdigen die door hun ouders meegenomen werden (vgl. Palazolli, 1974 en 1976).

Bovengenoemde auteurs bespreken niet de behandeling van weigerachtige, negativistische psychotici die geen behandeling zoeken, dan wel behandeling afwijzen. Met deze gevalsbeschrijving willen wij aangeven dat deze groep patiënten geholpen kan worden met een ambulante crisisaanpak, waarin gebruik gemaakt wordt van de systeemtherapie. Wij claimen niet dat deze aanpak altijd succesvol zal blijken. Bij een beschrijving als deze kan men kiezen voor een mooi artikel waarin theorie en praktijk soepel in elkaar overgaan, dan wel voor een 'ruwere' beschrijving conform de praktijk. Wij hebben gekozen voor de laatste manier. De ambulante praktijk vraagt namelijk om snelle taxaties en beslissingen (wel-of-niet opnemen, verhouding draaglast-draagkracht, suicidegevaar, etc.), waardoor de behandelaar sneller, achteraf gezien, discutabele interventies en herinterpretaties plaatst. Wij voelen deze druk telkens opnieuw. Mede hierdoor legt de ambulante crisisinterventie bij psychosen een grote claim op de medewerkers (vgl. ook Langsley).

Wij achten de psychiatrische inbreng bij deze aanpak van cruciaal belang om de volgende redenen:

1. psychosen kunnen secundair zijn aan lichamelijke ziekten (bijv. uitdroging, koorts, hartaandoening, etc.);
2. antipsychotische medicatie is meestal nodig;
3. het inschatten van de mogelijke lichamelijke consequenties van bepaalde psychotische gedragingen (in dit geval: niet drinken).

Een ambulante behandeling met behulp van huisbezoeken biedt optimale mogelijkheden om symptomen te beoordelen binnen hun sociale context en de behandeling hieraan aan te passen.

Een ambulante behandeling geeft in het algemeen geen slechtere resultaten dan een opname in een psychiatrisch ziekenhuis (Langsley et al., 1968-a en b, 1969 en 1971; Langsley & Jarvis, 1978; Decker & Stubblebine, 1972). Een ambulante behandeling of een poging daartoe geniet dan ook in principe de voorkeur boven een klinische, doordat hierbij de nadelige aspecten van patiëntisatie, uitstoting en stigmatisatie minder zijn (Jenner & Frets, 1980 en 1981). Ook bij psychosen geven wij waar mogelijk de voorkeur aan een ambulante behandeling (vgl. Hoogduin & Van den Bosch, 1978; Hoogduin & Den Haan, 1979; Hoogduin & Druijf, 1980).

Voor het slagen van zo'n ambulante behandeling bij psychosen is de houding van de therapeut van groot belang. Hij dient een atmosfeer van acceptatie te creëren die vergelijkbaar is met de 'transitional object'-sfeer zoals die beschreven is door Pruyser (1974); (vgl. ook Winnicott, 1958). Een sfeer waarin ruimte bestaat voor het magisch-autistisch denken (primair proces) van de psychotische patiënt en voor het realistische denken (secundair proces) van de omgeving. De therapeut kan meehelpen zo'n atmosfeer te creëren door de psychoticus niet openlijk met de realiteit te confronteren, maar dit op subtiele wijze te doen, bijv. door hem deze te laten concretiseren (vgl. Jackson, 1963). Hij dient hierbij als model voor de omgeving. Om ook door deze omgeving te worden geaccepteerd, dient hij echter aan te geven dat de psychotische realiteit niet de zijne is. Een voorbeeld kan dit mogelijk het beste verduidelijken: Aan de familie van een paranoïde man leggen wij uit, dat de patiënt dingen hoort en ziet die zij en ik niet zien. Hierna constateren wij op empathische toon, 'dat het

benauwend moet zijn als je je steeds maar bespied voelt, dat wij daarvan de kriebels zouden krijgen en liever onze mond houden'. Hierna vragen we de patiënt ons een teken te geven wanneer ze weer bezig zijn ..... etc.

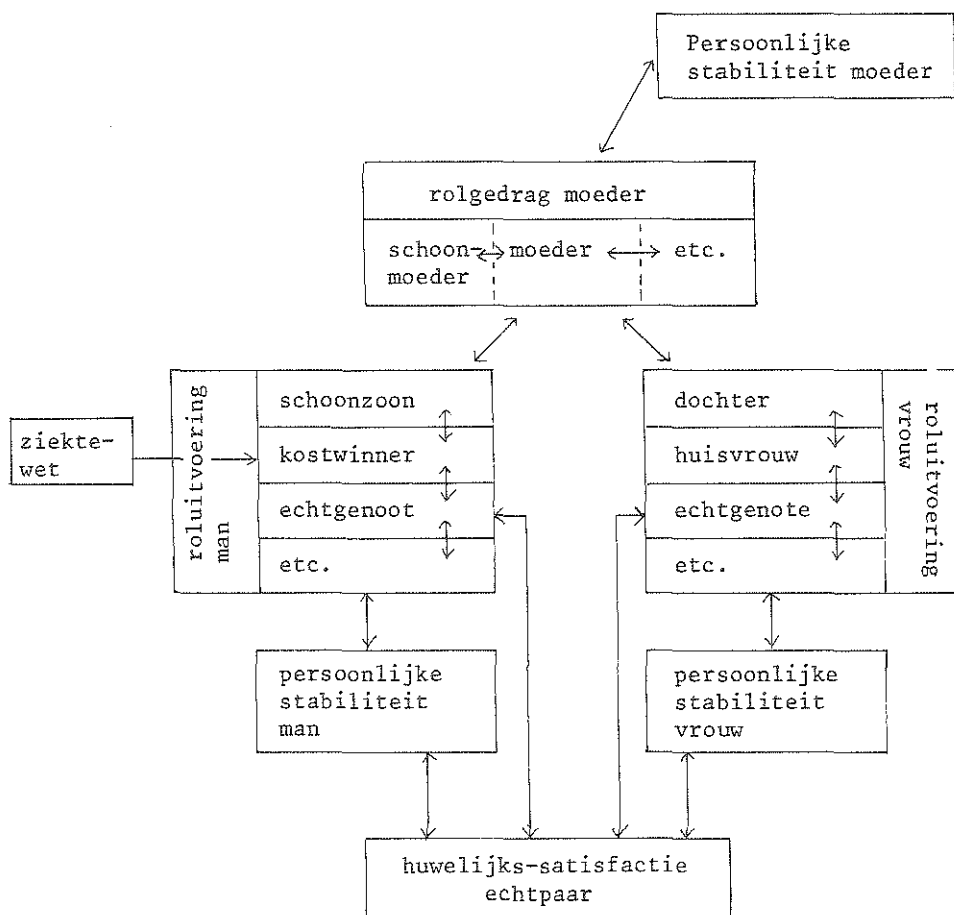
Het is verleidelijk om de gestoorde relatie tussen moeder en dochter te zien als de oorzaak van het vreemde gedrag van patiënte. Deze hypothese wordt echter minder waarschijnlijk tegen de achtergrond van een reeds jaren bestaand conflict.

De ziekte van de man lijkt een luxerende rol te spelen in het ontstaan van de klachten. De escalerende gedragsstoornissen van patiënte en de klachten over het niet-meer-aan-kunnen van de dochter beginnen vier weken nadat de echtgenoot met ziekteverlof moet thuisblijven. Uit de literatuur is bekend dat vrouwen vaak ziekteverschijnselen vertonen wanneer hun echtgenoten klachten hebben (vgl. Van Dijk & Van der Ploeg, 1976-a). De dreigende decompensatie lijkt in overeenstemming met dit gegeven. De zieke man eist tijd en aandacht op van zijn vrouw. Hierdoor komt de relatie moeder-dochter verhoudingsgewijs tekort. Volgens dit model hebben de klachten van patiënte dan de taak om het oude evenwicht moeder-dochter te herstellen.

Toch achten we dit model onvoldoende bevredigend. Wij zouden verwachten dat de echtgenoten steeds meer ruzie gaan maken over moeder (meer ruzietijd, minder mogelijkheid tot afreageren in het werk, e.d.). De conflicten lijken echter te verminderen door het toenemend onaangepaste gedrag van moeder: man en vrouw worden het voor het eerst sinds jaren erover eens dat moeder opgenomen moet worden. Vanuit deze optiek gezien offert patiënte zich (onbewust) op voor haar kinderen. Haar klachten zijn pogingen om het verstoorde evenwicht te herstellen (vgl. Bateson, et al. 1975; Haley, 1959 en 1963; Palazolli, et al. 1976). Ook de toename van

de klachten van de dochter op het moment dat moeder minder symptomen vertoont, wijst hierop. De grote verbetering van moeder aansluitend aan de opname van haar schoonzoon in het ziekenhuis past eveneens in dit systeemtheoretische evenwichtsmodel.

De wederkerige beïnvloeding en de verstorende rol van de ziekte van de echtgenoot hebben we weergegeven in een schema ontleend aan Van Dijck & Van der Ploeg 1976-b.



Bij het gebruik van 'horror'-technieken mag de werkelijkheid geen geweld worden aangedaan (Hoogduin & Van den Bosch, 1978). De voortgang van de therapie zou anders in gevaar worden gebracht: een op leugens betrapte hulpverlener kan wel inpakken.

Dit geldt evenzeer voor OVS omdat hierdoor de intramurale hulpverlening ten onrechte in een kwaad daglicht gesteld zou worden. De remedie zou daardoor erger worden dan de kwaal.

Wanneer de patiënt - tegen de bedoeling van de therapeut in - de opname accepteert, dient men escalatie te vermijden. Tijdige 'capitulatie' van de therapeut is dan geboden. Een openlijke strijd over wel of niet opnemen kan leiden tot een verbreking van de hulpverleningsrelatie. Het kan de patiënt zelfs drijven tot een tentamen suïcidiï.

Haley (1959) geeft vijf graadmeters voor de bestudering van een interactiesysteem:

1. hoe benoemen de gezinsleden hun eigen communicaties;
2. hoe benoemen de gezinsleden de communicatie van de anderen;
3. het probleem van het leiderschap in het gezin;
4. het probleem van de bondgenootschappen;
5. het probleem van de aanvaarding der verantwoordelijkheden en dus ook de schuld voor wat slecht gaat.

De door hem beschreven fenomenen in gezinnen met een psychotische patiënt waren ook in dit gezin waarneembaar.

Palazolli et al. (1976) hebben erop gewezen dat, wat betreft de laatste drie graadmeters, de regels voor het gezin met een anorexia nervosa patiënt overeenkomen met die van een schizofrene patiënt. Wat betreft de eerste twee graadmeters zijn er verschillen. In het anorexia nervosa-gezin laat ieder gezinslid op alle niveaus op een congruente manier zijn boodschap horen en weigert die van andere

net zo congruent. In het gezin van de schizofreen worden de eigen boodschap en die van anderen op verschillende niveaus gediskwalificeerd of ontkend. De hier beschreven voedsel- en vochtweigering past dan ook in het schizofrene patroon.

Op basis van de bestaande overeenkomsten tussen de beide 'soorten' gezinnen hebben wij de strijd rond het eten aangepakt met de methode die is beschreven door Rosman et al. (1975) en Minuchin (1978). Blijkens het snelle effect van de interventie biedt ook hier een positieve, actieve opstelling van de therapeut (een probleem is oplosbaar tot dat het tegendeel is bewezen) meer mogelijkheden dan een berustende houding (negativistische patiënten willen toch niets).

## 3.4

## ENKELE INTERVENTIES BIJ CLIENTEN MET MUTISME.\*

## Inleiding.

Reeds in 1877 werd het mutisme door Kussmaul beschreven als 'aphasia voluntaria'. In de handboeken van psychologie en psychiatrie wordt het beeld vermeld als een deelsymptoom van de grote psychiatrische ziektebeelden (vgl. Cameron, 1969; Coleman, 1970; Kolb, 1970; Ruch, 1970; Solomon & Patch, 1969; Prick & van der Waals, 1958-1980).

In de literatuur wordt uitvoerig ingegaan op mogelijke oorzaken van mutisme; de aanpak ervan wordt slechts terzijde of in het geheel niet aangestipt. Mogelijk is dit mede veroorzaakt door de - indertijd - gangbare opvatting dat niet de symptomen, maar de onderliggende ziekte behandeld moest worden omdat anders slechts symptoomverschuiving zou optreden. Met dit artikel wil ik duidelijk maken dat de eventueel achterliggende problematiek beter toegankelijk wordt nadat het mutisme is verdwenen. Mutisme vormt namelijk een lastig probleem: de cliënt kan niet zeggen wat eraan schort, de omstanders moeten ernaar gissen. De therapeut moet voornamelijk afgaan op de mogelijk gekleurde en dus niet altijd betrouwbare mededelingen uit de omgeving van de cliënt. Dit induceert gemakkelijk een gevoel van machteloosheid met een grote kans op 'hineininterpretieren', tegenoverdracht (vgl. Kaplan & Escoll, 1973; Rüger, 1973) en onnodig medisch onderzoek (vgl. Damsté, 1979). In de door mij geraadpleegde literatuur duurden de analytisch georiënteerde behandelingen meestal jaren en de gedrags-therapeutische meerdere maanden (vgl. Kehrer & Tinkl-Damhorst, 1974; Kaplan & Escoll, 1973; Mitscherlich, 1961; Norman & Brown, 1970; Rüger, 1973; Shaw, 1971; Tramer, 1934).

\* Eerder verschenen in: Kwartaalschrift voor Directieve therapie en hypnose (1982, 2, 3 : 212-233).

Spoerri (1969) definieert mutisme als: een totaal of selectief niet spreken bij een intact centraal- en perifeer spreekapparaat. Hij beschouwt het als de uitdrukking van een intermenselijke stoornis.

Zoals de definitie aangeeft dienen organische stoornissen die het spraakvermogen aantasten, te worden uitgesloten voordat de diagnose mutisme kan worden gesteld. Medisch onderzoek is derhalve noodzakelijk ter uitsluiting van:

- a. Aandoeningen in het keel-, neus- en oorgebied, zoals doofheid, ontsteking en tumor.
- b. Neurologische aandoeningen.\*

Het mutisme is hierbij veelal een onderdeel van een groter syndroom dat zelfs kan resulteren in 'akinetisch mutisme'. Hierbij kan de patiënt zich niet bewegen en niet spreken. Hij reageert, bij intact bewustzijn, als ware hij in coma; vandaar ook de benaming 'coma vigile' (Kretschmer, 1940).

Daarnaast wordt het 'electief' mutisme beschreven als een vorm waarbij de cliënt normaal praat met enkele personen (vnl. gezinsleden en leden van de 'peergroup'), maar mutistisch is tegen alle anderen (vgl. Oosterbaan, 1980). Dit in tegenstelling tot het 'gewone' mutisme waarbij het niet-spreken algeheel is. Het electief mutisme zou een duidelijke relatie hebben met belastende situaties.

-----

\* Neurologische aandoeningen zijn:  
afsluiting van het vertebro-basillaris systeem; aandoeningen rond de IIIe ventrikel; afasie; dementie; intoxicaties met koolmonoxide (zie bijv. Sydney Smith, 1971) of met fenothiazinen (zie bijv. Behrman, 1972). Bij de fenothiazine vergiftiging (anti-psychotische medicijnen) hoeft de dosis niet eens extreem hoog te zijn; wel zijn altijd extrapyramidale verschijnselen aanwezig. In de meeste gevallen treedt herstel op na het staken van de medicatie; ook is een recidief van het mutisme beschreven na hervatting van de medicatie.



Over de aanpak van het 'electief' mutisme is veel geschreven, vooral door gedragstherapeuten die een beduidend kortere behandelingsduur vermelden dan wordt gevonden voor de behandeling van 'gewoon' mutisme (vgl. Sanok & Striefel, 1979).

Mutisme is als symptoom beschreven bij o.a.: Shell-shock; spreekangst; depressie; mentale retardatie; hysterie; schizofrenie en andere psychosen. (Zie schema)

---

Schema

Diagnostische overwegingen bij mutisme

---

uitsluiten:	komt voor bij:
- KNO-aandoeningen	- Shell-shock
- vasculaire afsluiting	- spreekangst
- aandoening IIIe ventrikel	- depressie
- afasie	- mentale retardatie
- dementie	- hysterie
- intoxicatie	- psychosen
	(o.a. schizofrenie)

---

Bij de drie laatste oorzaken wordt het meestal beschreven in een negatieve context, bijv. als weerstandsfenomeen of als negativisme.

In deze bijdrage wil ik me voornamelijk bepalen tot interventies die de (verbale) communicatie kunnen herstellen. Dit wordt gedaan aan de hand van de gevalsbeschrijvingen van alle cliënten die ik ambulant heb behandeld in de periode 1977 t/m 1981. (n = 4)

Hierbij zal één geval uitvoerig worden uitgewerkt; van de andere gevallen zullen - ter illustratie van de interventies - alleen de meest saillante details worden beschreven. Om didactische redenen stopt de beschrijving bij het moment waarop de verbale communicatie is hersteld. In alle gevallen werd onze hulp ingeroepen voor crisisinterventies en/of

opname; géén van de gevallen werd bij ons aangemeld vanwege het mutisme. In alle gevallen was er sprake van een totaal zwijgen.

Vanuit didactische overwegingen is het gewenst om zich te beperken tot slechts die gevallen waaruit die facetten kunnen worden gelicht die de te beschrijven interventies het beste illustreren. In deze bijdrage is hiervan afgeweken omdat:

a. Een dergelijke beperking een sterke vertekening kan geven van de realiteit. Hierdoor wordt toetsing van de aangeboden interventies, o.a. tegen de achtergrond van de diagnostiek, het gehele behandingsproces e.d., verhindert. Blinde vlekken en onjuiste interpretaties kunnen zodoende verborgen blijven. Dit telt des te sterker bij interventies die als zodanig nog niet zijn beschreven dan wel alleen zijn beschreven bij de behandeling van andere symptomen.

b. Een ambulante behandeling met zich meebrengt dat in korte tijd beslissingen moeten worden genomen die soms weer herzien moeten worden. (vgl. Jenner & Henneberg, 1982).

Uit de gevalsbeschrijvingen zou ten onrechte de indruk kunnen ontstaan dat de therapeut ermee volstond een reeks technische trucs uit te voeren. Juist omdat de patiënt zo weinig verbale informatie verschaft, is de therapeut bij zijn interventies sterk onderhevig aan twijfel, onzekerheid en spanning. Dit is de achtergrond van het 'zoekende', niet altijd rechtlijnige beleid dat is gevoerd.

#### Gevalsbeschrijvingen.

##### *Meneer Jansen*

Meneer Jansen, begin vijftig, wordt aangemeld als 'crisis-geval' door zijn huisarts. Enkele dagen geleden is hij 's

avonds in verwarde toestand binnengelopen bij zijn zuster. Sindsdien maakt hij van de nacht een dag, loopt hij ondanks het herfstweer soms naakt op straat en spreekt hij niet meer. De huisarts heeft bij oriënterend lichamelijk onderzoek geen afwijkingen gevonden. Wij besluiten, gezien de ernst van de situatie, onmiddellijk op huisbezoek te gaan.

### *Eerste zitting*

In de kamer zitten: de patiënt, zijn zuster, de huisarts en een personeelsfunctionaris van zijn bedrijf. Bij het kennismaken, wendt de patiënt zijn hoofd af; hiermede brengt hij toch een boodschap over.

Op mijn vraag: "Wie wil de problemen aansnijden?" reageert zijn zuster. Haar broer blijkt geruime tijd labiel te zijn. Hij is geboren in Indonesië en heeft in een kamp gezeten. Hij is gehuwd in Nederland. Zijn vrouw is tien jaar geleden gescheiden vanwege zijn alcoholmisbruik; zijn zoon heeft hij - tot zijn verdriet - al die jaren niet gezien.

Omdat patiënt voor dezelfde klachten in het verleden meerdere malen opgenomen is geweest, dringt zijn zuster - hierin bijgevalen door de personeelsfunctionaris - aan op een opname. Volgens de laatste zit patiënt klem op zijn werk. Sinds Jansen niet meer werkt, zit de personeelsfunctionaris hele dagen en soms ook 's avonds bij hem; hij verzorgt zijn natje en droogje, gaat met hem wandelen of autorijden. Tijdens dit gesprek communiceert Jansen met grimassen, het schudden van zijn hoofd en met zijn ogen; hij beschikt over een uitgebreid repertoire aan mimiek. De personeelsfunctionaris reageert op de non-verbale aanwijzingen van Jansen, m.i. ook als ze er niet zijn. Wanneer we - in een andere kamer - met het bedrijf telefoneren, blijkt dat de personeelsfunctionaris daar zelf regelmatig conflicten heeft, o.a. met zijn superieuren.

*Diagnostische overwegingen:*

Het mutisme is (mede) veroorzaakt door stress. Gezien de voorgeschiedenis zijn een psychose noch een alcoholdepressie uit te sluiten. Directe informatie kan ten gevolge van het mutisme niet worden verkregen; de indirecte gegevens via non-verbale communicatie wijzen niet in de richting van een psychose.

Er bestaat een sterke secundaire ziektewinst die herstel kan belemmeren. Door zijn zwijgen heeft de patiënt aanzienlijke controle over zijn relaties.

Ik acht het gevaar dat de behandeling stagneert door een machtsstrijd met het zwijgen als inzet groot, zodat de voorkeur uitgaat naar een paradoxale aanpak. Als behandelingsstrategie wordt gekozen voor: een spraakverbod met lichte provocatie, indirecte communicatie via derden en het aanbieden van medicatie.

*Interventie:*

De therapeut gaat ongeveer als volgt te werk:

"U maakt op ons een verdrietige indruk, alsof U worstelt met levensgrote problemen. Problemen die te groot zijn om onder woorden te brengen; die de taal zogezegd te boven gaan. Voelt U zich verdrietig? (Patiënt draait zijn ogen weg wanneer de therapeut hem plotseling recht in de ogen kijkt). Ik zie het wel, het is U allemaal te veel. U kunt de zaak beter niet forceren. Forceren is altijd verkeerd. Praat U maar beter helemaal niet voorlopig, dus hè? Prima. Om het voor U nu niet te moeilijk te maken, praat ik verder via uw zuster. U forceert niets, ik merk wel als het niet klopt. Als ik niets merk, zal het wel goed zijn."

Hierna worden met de zuster de nadelige gevolgen besproken die inactiviteit heeft op organen, als voorbeeld

wordt de atrofie van de beenspieren na het spalken met gips gegeven ('horrorstechniek': vgl. Hoogduin & Druif, 1980; Jenner & Henneberg, 1982). Onderzoek van de keel wordt voorgesteld. Aansluitend wordt aan dhr. Jansen gevraagd om niet onnodig te spreken: "Zeker niet forceren voordat uw keel eraan toe is". Tot slot verzoekt de therapeut aan de patiënt om hem te laten weten wanneer het onderzoek onverhoopt pijnlijk mocht worden. Daarna volgen larynxonderzoek en -massage (Jenner, 1978-b). Zodra de patiënt kreunt, wordt hij herinnerd aan het spreekverbod. Hem wordt meegedeeld dat de keel wel functioneert, maar zwak is. Intensieve oefening wordt geadviseerd, maar overdrijven en haastige spoed worden afgeraden.\*

Vervolgens wordt bij de zuster verdere informatie ingewonnen over zijn verleden.

In deze fase kiest de therapeut met opzet voor een licht confronterende, zij het begripvolle en empathische opstelling, in de hoop de patiënt te stimuleren tot enigerlei reactie. Non-verbale reacties negeert de therapeut, soms begrijpt hij ze opzettelijk verkeerd. Geleidelijk aan raakt dhr. Jansen duidelijk zichtbaar geïnteresseerd. Ik beëindig de zitting met een globale uitleg van de werkwijze, maak een afspraak voor de volgende dag en laat het telefoonnummer van de dienst achter. Op grond van de diagnose schizofrenie die bij eerdere opnamen was gesteld, acht

\* De bedoeling van deze vage, wat tegenstrijdige opdracht is dat ik de volgende maal patiënt kan complimenteren met zijn medewerking. Heeft hij geluid gemaakt dan oefent hij goed, heeft hij gezweigd dan heeft hij zich goed ontzien. Net als bij de horror- en motheringstechniek wordt hierdoor de communicatie als het ware 'afgedwongen'. Het gedrag wordt geïnterpreteerd als willekeurig, als communicatief. (vgl. Ferreira, 1959; Haley, 1963; Jenner & Henneberg, 1982).

de therapeut een psychose niet uitgesloten. Derhalve stelt hij neuroleptica voor die door de patiënt worden geweigerd. Aan de zuster vraagt hij om op de patiënt te letten en om zijn stembandoefening te observeren. De personeelsfunctio- naris krijgt het verzoek de patiënt volledige rust te gun- nen en hem de eerste dagen niet op te zoeken.

*Tweede zitting:*

De zuster belt ons vanaf haar werk: haar broer had - zodra wij de kamer verlieten - het telefoonbriefje omge- draaid; 's avonds was hij onrustig geworden en had tenslot- te het opgegeven nummer gebeld maar geen gehoor gekregen. (Een duidelijke fout mijnerzijds omdat ik had vergeten mede te delen dat 's avonds de huisarts gebeld moest worden.) De therapeut verontschuldigt zich hiervoor.

Verder is de toestand rustig. De heer Jansen brengt de dag rustig door met lezen, eten en roken; hij is niet meer in paniek naar buiten gerend. Desondanks dringt zijn zuster opnieuw aan op opname, mede omdat ze haar broer niet langer in huis wil hebben. Ons verzoek dat ze bij de verdere be- handeling wordt betrokken, wijst ze van de hand.

Wanneer de therapeut en een co-assistent aanbellen wordt niet opengedaan. Patiënt zit wel in de kamer, maar reageert niet op aanbellen noch op het tikken tegen de ruit. Wanneer we omlopen om in zijn gezichtsveld te komen, loopt hij de kamer uit. We lopen - onverrichterzake - terug naar de auto. Hier schrijft de therapeut een excuusbriefje voor het mislukte telefoongesprek en gooit het in de brie- venbus. Gelukkig komt de heer Jansen zijn post ophalen. We kijken elkaar verbouwereerd aan. Op mijn glimlachen en ge- baren opent hij de deur.

De verdere zitting wordt gecommuniceerd via de - met opzet meegenomen - co-assistent. Het wordt een lange mono- loog waarbij vermeden wordt om expliciete vragen te stel- len. Impliciete vragen worden wel gesteld en beantwoord door de therapeut in de trant van: "U zult wel .....; als U

dit ....., dan denk ik dat U ....., etc." Via gebaren probeert dhr. Jansen mij de vacature van butler, die is ontstaan na het vertrek van de personeelsfunctionaris, te laten opvullen. Het onbegrip van de therapeut in deze irriteert hem, maar mobiliseert hem tegelijkertijd om zelf de meest elementaire huishoudelijke taken te doen. We maken een nieuwe afspraak voor de volgende dag die tezamen met de telefoonnummers van ons bureau en van de huisarts aan beide zijden van het briefje worden geschreven.

*Tussentijdse evaluatie:*

Gezien de opstelling van de zuster lijkt haast geboden. De lange monologen sorteren weinig effect, bovendien is de therapeut bang dit niet vol te zullen houden.

Het alternatief dat overblijft is zwijgen. Dit zal echter de spanning opvoeren en nodigt bovendien uit tot een machtsstrijd. Kaplan & Escoll (1973) raden derhalve zwijgen af. Om een openlijke confrontatie zoveel mogelijk te vermijden zal het zwijgen gepresenteerd moeten worden in een positieve, empathische context.

Tot op heden heeft iedereen (ook wij) - zonder succes - hulp aangeboden, daarom besluiten we nu te proberen of en zo ja hoe de patiënt reageert als er een beroep wordt gedaan op zijn hulpvaardigheid.

*Derde zitting:*

De heer Jansen doet direct open. De therapeut vraagt om papier en een potlood (vraag om hulp) en schrijft: "Praten valt U moeilijk. Om het U niet nodeloos moeilijk te maken, heb ik mij voorgenomen om vandaag maar stilletjes bij U te zitten". De indringende blik van de heer Jansen beantwoordt de therapeut met een glimlach. Na korte tijd,

waarin de therapeut regelmatig kucht, wordt de patiënt onrustig. De therapeut gebaart dat hij weer papier nodig heeft (vraag om hulp). De heer Jansen reikt het aan. Opzettelijk onduidelijk schrijft de therapeut: "Heeft u iets te drinken?". Jansen probeert het te ontcijferen, frommelt met het papier en wijst tenslotte vragend op het papier (de eerste actie van hem naar de therapeut toe). Met grote letters wordt de vraag nu herhaald. Hierop gaat hij koffie zetten in de keuken en vraagt: "Melk?". De therapeut antwoordt "zwart". Gespannen wacht hij af. Bij de koffie snijdt patiënt de problemen aan. Deze blijken in eerste instantie de relatie tot zijn zoon te betreffen. Nadat hij de vraag of zijn keel deze belasting aankan in positieve zin heeft beantwoord gaan we uitvoerig in op de achterliggende problemen.

De behandeling hiervan is moeizaam geweest en levert periodiek nog steeds moeilijkheden op. Een uitvoeriger bespreking hiervan valt buiten het bestek van dit artikel. Het mutisme heeft tot op heden - vijf jaar later - nooit meer gespeeld. De heer Jansen is in die periode niet opgenomen, zijn alcoholprobleem is redelijk hanteerbaar en apert psychotisch is hij niet meer geweest, mede dankzij de neuroleptica die hij heeft geaccepteerd.

### *Mevrouw Peters*

Mevrouw Peters, een zesenvieftig jarige huisvrouw, wordt door haar huisarts aangemeld om - vanwege het recidief van een psychose - een heropname voor haar te regelen. Ze tobt al jaren met psychische problemen. De voorgeschiedenis is veelbewogen.

Tijdens eerdere opnamen in het psychiatrisch ziekenhuis is de diagnose schizofrene psychose gesteld, waarvoor ze neuroleptica voorgeschreven heeft gekregen. De laatste



maanden heeft ze geweigerd deze te gebruiken.

De therapeut maakt direct een huisbezoek in het kader van een ambulante crisisinterventie ter voorkoming van opname. (Hoogduin & van den Bosch, 1978; Hoogduin & Druijf, 1980; Jenner & Frets, 1981; Jenner & Henneberg, 1982).

*Eerste zitting:*

De therapeut wordt ontvangen door de jongste zoon. Deze verzorgt het huishouden van zijn ouders. Zijn vader is herstellende van een ernstige ziekte; zijn moeder is na een onrustige, drukke psychotische periode nu reeds enkele weken mutistisch. Bovendien verzorgt ze zichzelf niet meer.

Het mutisme is ontstaan nadat de jongste zoon een oproep voor herhalingsoefeningen in militaire dienst heeft ontvangen. Verzoeken om vrijstelling wegens onmisbaarheid in het bedrijf zijn afgewezen.

Patiënte zit apathisch in haar stoel. Ze reageert op aanspreken alleen met haar ogen; ook lijkt ze zo nu en dan het gesprek te volgen. De zoon en de echtgenoot besteden erg veel aandacht aan haar en proberen haar voortdurend aan het spreken te krijgen. Patiënte kijkt soms wat angstig om zich heen en heeft, vooral 's nachts, perioden van onrust.

De echtgenoot steekt de loftrompet over zijn zoon. Hij blijkt dit niet te hebben verwacht van hem. Tot voor kort liet hij zich aan zijn ouders weinig gelegen liggen en waren er regelmatig conflicten over zijn levenspatroon.

*Diagnostische overwegingen:*

Gezien de voorgeschiedenis, de verergering van de situatie nadat patiënte de medicijnen heeft gestopt, maar ook door haar gedrag en de angstige, onrustige perioden van patiënte, achten we een psychose waarschijnlijk.

Mogelijk houdt het mutisme verband met het ziekte-

proces van haar man of met de dreiging van de herhalingsoefening van haar zoon. Als bekrachtigende momenten komen in aanmerking: de intense verzorging en aandacht die ze krijgt welke in schrille tegenstelling staan met de periode ervoor (informatie huisarts); haar zoon is - ook in tegenstelling tot vroeger - veel thuis, de conflicten over zijn vrijetijdsbesteding zijn verdwenen.

Als behandelingsstrategie wordt ook hier gekozen voor: een spraakverbod met lichte provocatie, en voor indirecte communicatie via derden. Het aanbieden van neuroleptica wordt noodzakelijk geacht. Teneinde een vast steunpunt in huis te hebben (wat we essentiëel achten voor onze ambulante crisisinterventie) vraagt de therapeut voor de zoon uitsstel van oefening aan bij het Ministerie van Defensie.

#### *Volgende zittingen:*

De eerste week wordt dagelijks een huisbezoek gedaan. patiënte spreekt sporadisch enkele woorden. Op de vijfde dag wordt Mevrouw Peters actiever: ze opent de deur voor ons, begroet ons en zet koffie. Op de tiende dag begint ze te vertellen over haar angsten en de visioenen die ze heeft beleefd. De therapeut reageert hierop positief, verifieert terloops of de stembanden het aankunnen en nodigt patiënte uit de problemen uitvoerig te bespreken. Ze gaat hierop in, accepteert neuroleptica en knapt in enkele dagen op. Een half jaar later volgt een kort recidief dat op dezelfde wijze wordt aangepakt en na enkele dagen is verdwenen.

#### *Mevrouw Jaspers*

Mevrouw Jaspers, een achtentwintig jarige moeder met één kind, wordt aangemeld door haar moeder. Ze is - vóór de aanmelding - geruime tijd opgenomen geweest in een psy-

chiatrisch ziekenhuis vanwege 'overspannen-zijn ten gevolge van huwelijksproblemen'. Een week geleden is ze - na een weekend verlof - niet teruggekeerd naar het psychiatrisch ziekenhuis. Haar man heeft haar vervolgens het huis uitgezet, waarna ze door haar moeder in huis is opgenomen. Moeder is zelf al jaren onder psychiatrische behandeling. Haar psychiater wil haar opnemen maar stelt dit uit totdat de dochter is heropgenomen. Hij heeft - overigens zonder overleg met ons - moeder toegezegd dat de SPD dit voor haar zal regelen. Bureaubezoek wordt door patiënte afgewezen. Moeder dringt aan op huisbezoek, de dochter stemt hiermee in. Aansluitend wordt het huisbezoek gebracht.

*Eerste zitting:*

De moeder doet open. Patiënte draait ostentatief haar hoofd af wanneer ik binnenkom. Vragen mijnerzijds worden niet beantwoord. Derhalve wend ik mij tot de moeder.

Zij vertelt dat patiënte veel huilt, nauwelijks eet, weinig drinkt, weinig slaapt, angstig is en praat over stemmen die ze hoort en vuur dat ze ziet. Hierna krijg ik uitgebreide informatie over het slechte huwelijk van patiënte. Haar jeugdsituatie is ook weinig rooskleurig geweest.

Moeder is regelmatig opgenomen geweest (onder de diagnose hysterische depressie, zoals later blijkt). Vader wordt beschreven als een excentrieke potentaat die, nadat hij is gescheiden, is toegetreden tot een fanatieke religieuze sekte; sindsdien probeert hij zijn dochter te bekeren en haar - volgens moeder - te verleiden.

De meeste informatie geeft de moeder over zichzelf. Ze maakt een geagiteerde en depressieve indruk: loopt druk en doelloos heen en weer, spreekt in hoog tempo, herhaalt veel, springt van de hak op de tak en vertoont tangentiële associaties. Toch blijkt ze een stuk vrolijker en actiever

geworden te zijn sinds ze haar dochter in huis heeft. In haar pogingen om haar dochter te activeren bezoekt ze weer oude kennissen, cursussen van de volksuniversiteit, e.d.; activiteiten waaraan ze de laatste maanden niet meer was toegekomen. Moeder heeft van alles geprobeerd, patiënte reageert hierop nogal wisselend. Moeder wil haar dochter blijven verzorgen om haar uit de macht van vader te houden, maar geeft aan het niet langer te kunnen volbrengen.

*Diagnostische overwegingen:*

Patiënte is angstig en vertoont tekenen van een psychose. Ze wijst contact met de therapeut ostentatief af. Het contact met moeder is wisselend. Vanwege het snelle praten, de motorische onrust en de tangentiële associaties moet een randpsychotische decompensatie van moeder worden overwogen. In dat geval zou er sprake kunnen zijn van een inductiepsychose. Moeder is duidelijk opgeknapt sinds ze voor haar dochter zorgt. Moeder lijkt zeer ambivalent t.a.v. haar dochter. Ze bekrachtigt het gedrag van patiënte en heeft mogelijk "baat" bij haar afhankelijkheid. Gezien de houding van patiënte en de centrale plaats van moeder besluit ik tot: neuroleptica voor patiënte, een spraakverbod, indirecte communicatie via moeder; steun aan moeder, omdat zonder haar een ambulante aanpak onmogelijk lijkt.

*Interventie:*

De pogingen tot indirecte communicatie gaan verloren in de klachtenstroom van moeder. Mijn empathie lijkt totaal voorbij te gaan aan de dochter, maar roept bij moeder vele associaties op over haar eigen moeilijkheden. Een poging met 'horror'-techniek over de gevolgen van niet eten en onvoldoende drinken wordt eveneens door moeder op zichzelf

betrokken. Na enkele mislukte pogingen de directe communicatie met moeder om te buigen tot indirecte communicatie over de dochter, probeer ik aansluiting te vinden met behulp van "mothering". Patiënte negeert echter het aangeboden drinken. (Voor een nadere uitwerking van de begrippen 'horror' en 'mothering' zij verwezen naar de discussie). (vgl. ook Ferreira, 1959; Hoogduin & Druif, 1980; Jenner & Henneberg, 1982).

Tenslotte vraag ik haar op de vrouw af: "Jij zit in de nesten, jij bent angstig, je moeder weet niet wat ze moet doen. Wil je dat ik probeer of ik je kan helpen?" Cliënte reageert afwijzend: "Nee, ik blijf bij moeder." Van moeder mag ze altijd blijven maar dan moet ze wel verstandig zijn en nu naar het ziekenhuis gaan.

Doordat er problemen zijn met het ziekenfonds, waarvoor ik hulp aanbied, is er uiteindelijk toch een reden voor hen om met een nieuwe afspraak in te stemmen. Om de dochter makkelijker alleen te kunnen spreken, geef ik een bureau-afspraak voor de volgende dag. Zij stemt hiermee in.

#### *Volgende zittingen:*

Alleen moeder komt op het bureau. De situatie is verslechterd: patiënte huilt voortdurend, durft niet naar bed, klampt zich vast aan moeder en spreekt niet meer. Ik ga dus op huisbezoek om de situatie te beoordelen.

Patiënte draagt nog dezelfde kleren. Ze reageert verbaal noch non-verbaal. Het mutisme wordt als volgt geïnterpreteerd: "Uw dochter denkt na, spreken is momenteel van ondergeschikt belang". Tijdens het gesprek kijkt patiënte regelmatig naar dezelfde hoek van het plafond.

#### *Overwegingen:*

Patiënte heeft op dit moment waarschijnlijk hallucinaties. De toestand acht ik, gezien de kans op uitdroging, zo

kritiek dat ik - wanneer patiënte vocht en medicatie blijft afwijzen - een opname nodig acht, desnoods een gedwongen opname. De 'motheringtechniek' acht ik in deze situatie het meest geschikt om contact te krijgen. (Ferreira, 1959; Hoogduin & Druijf, 1980; Jenner & Henneberg, 1982).

Patiënte accepteert de aangeboden koffie en maakt een vluchtig oogcontact. Op de door mij veronderstelde hallucinaties wordt als volgt ingegaan:

"je hebt het wel moeilijk, zijn ze vervelend?"	Ja knikken
"Ook wel eens aardig?"	Nee knikken
"Wat vreselijk. Is er één?"	Nee knikken
"Meer?"	Ja knikken
"Hoeveel?"	Nee knikken
"Mag je niets zeggen?"	Nee knikken
"Helemaal niets?"	Nee knikken

Ik loop naar de desbetreffende hoek, mompel met boze stem ga weer zitten en zeg tegen haar: "Het is geregeld. Zijn het mannen of vrouwen?" "Mannen".

Het eerste verbale contact is er, maar het spreken blijft moeilijk. Er ontstaat een contact, waarin over de angst gesproken kan worden. Het advies tot heropname wordt door patiënte afgewezen. Als reden geeft ze aan dat ze haar moeder niet kan missen. Omdat de symbiotische moeder-kind-relatie zo centraal staat en omdat moeder tóch op de wachtlijst staat voor een opname bij haar psychiater stel ik een gezamenlijke opname van moeder en dochter voor. Beide accepteren, zo ook het psychiatrisch ziekenhuis en de zenuwarts van moeder.

Na enkele weken wordt moeder ontslagen; de dochter vertrekt daarop tegen advies. De ambulante vervolgbehandeling loopt moeizaam. Patiënte verbetert echter zienderogen,

wanneer ze een nieuwe vriend vindt. Na een half jaar geeft ze aan dat ze verdere behandeling niet meer nodig acht. De therapeut stelt zijn twijfels hiertegenover. Uiteindelijk wordt besloten de behandeling te stoppen, maar direct te hervatten wanneer de toestand niet meer tot tevredenheid stemt. Tot op heden - drie jaar later - is de toestand stabiel. Moeder is intussen nog enkele malen heropgenomen op de PAAZ van haar zenuwarts.

### *Mevrouw Prins\**

Mevrouw Prins, een weduwe van achtendertig jaar, wordt aangemeld door haar moeder. Patiënte heeft normaal gefunctioneerd totdat een jaar geleden haar echtgenoot is overleden. Hierna is ze toenemend in de war geraakt. De laatste maanden is ze gesignaleerd aan het water. Ze gooit linnengoed op de vuilstortplaats en heeft een week geleden foto's van haar huwelijk verscheurd in het politiebureau. Sinds enkele weken verzorgt ze zichzelf niet meer en komt ze overdag nauwelijks buiten. Haar moeder maakt het huis schoon en brengt eten, waarvan patiënte slechts weinig gebruikt.

Er wordt meteen een huisbezoek gedaan.

\* Cliënte werd onder supervisie behandeld door P. de Vries, destijds assistent-psychiater bij de SGGZH en momenteel werkzaam bij de RIAGG Zuidhollandse Eilanden.

*Eerste zitting:*

Moeder laat de therapeut binnen in een kaal huis. Het aanrecht stinkt; de ijskast, de linnenkast en de overpotten zijn leeg. Patiënte staat naar buiten te staren. Wanneer de therapeut tegen haar praat, zet ze de radio harder; ze loopt de kamer uit zodra het gesprek over haar gaat.

Moeder is eveneens weduwe. Ze is al jaren onder psychiatische behandeling. Ze leidt een teruggetrokken leven en beklaagt zich tegenover de therapeut over de kinderen die haar verwaarlozen. Alleen de laatste weken hebben ze regelmatig contact met haar over patiënte. Moeder is hierdoor ook geactiveerd en heeft zoals ze zegt: "geen tijd om voor mezelf te zorgen, daar zal wel weer een terugslag op volgen."

*Diagnostische overwegingen:*

Patiënte heeft een pre-suïcidaal syndroom (Speyer, 1978). Haar gedrag heeft een sterk appellerend aspect. Ze behoort tot een risico-dragende groep: weduwe, alleen wonend. Daarnaast bevorderen haar gedragingen de familiecontacten en de activiteiten van moeder.

Omdat moeder bereid is haar dochter intensief te verzorgen, besluiten we - na overleg met de huisarts - te proberen of een ambulante aanpak aanslaat. Gezien het risico dat hiermee genomen wordt, wordt afgesproken dat moeder zorgt voor continue verzorging, dat de huisarts - evenals de therapeut - eenmaal 's daags langs zal gaan. De proefperiode zal wanneer geen verbetering optreedt maximaal vijf dagen duren; wanneer de toestand verslechtert, zal eerder een opname worden geregeld.



*Interventies:*

De therapeut komt dagelijks terug en gaat zonder resultaat weer weg. Empathie, symptoom voorschrijven, indirecte communicatie, noch 'horrorotechniek' hebben succes. De 'mothering'-pogingen worden afgewezen met duidelijke non-verbale signalen. Neuroleptica worden geweigerd. Ook pogingen om op nonverbale wijze contact te leggen door afwassen, het opvrolijken van het huis met bloemen e.d. sorteren geen enkel effect.

Besloten wordt dat therapeut en supervisor samen een huisbezoek gaan maken.

*Vijfde zitting:*

Tegen patiënte praat ik over een opname en via haar moeder over een gedwongen opname. Dat gedwongen opname zal volgen wanneer patiënte hulp blijft afwijzen en ons niet kan uitleggen waarom ze dat doet, wordt uitvoerig uitgelegd. Neuroleptica bied ik aan via het paradoxale keuzemodel: deze of die (ja of ja?). De tabletten die in haar hand worden gelegd, veegt ze weg. Hierop wordt een geneeskundige verklaring voor een rechterlijke machtiging geschreven en een onvrijwillige opname geregeld.

Op het moment dat de huisarts en de broeders binnen komen, begint patiënte adequaat te spreken tegen de huisarts: ze wenst geen opname; ze heeft tegen ons niet gesproken omdat ze indringers nooit te woord staat. De huisarts bekrachtigt haar spreken positief. We besluiten de opname toch te laten doorgaan vanwege het pre-suïcidale syndroom, maar vooral omdat ze een ambulante behandeling blijft afwijzen. De huisarts adviseert haar om alles te bespreken met de intramurale behandelaars.

Enkele weken later is patiënte weer thuis. Ze vertelt ons hoe slecht ze er eigenlijk aan toe was. Gelukkig voor onze gemoedsrust blijkt ze achteraf blij dat de opname toch is doorgegaan.

Een half jaar later reageert cliënte met identieke symptomen op het overlijden van haar moeder. Dit maal accepteert ze ambulante hulp en kan ze er thuis doorheen worden geholpen. Ze spreekt weer na drie dagen. Sindsdien houdt ze zich - zonder hulp - goed staande in de maatschappij; dit wordt door de familie en de huisarts bevestigd.

We zijn nu ruim twee jaar later.

#### *Discussie:*

De gevalsbeschrijvingen bevestigen de literatuurgegevens, waarin gesteld wordt dat mutisme een symptoom is van een groter psychiatrisch beeld. In geen van de gevallen stond het mutisme op zichzelf. Interventies die gericht zijn op dit symptoom blijken echter relevant te zijn. Ze kunnen achterliggende problemen toegankelijk maken. Wanneer men uitgaat van een psychiatrische diagnose dan valt te vermelden dat de eerste twee patiënten bij eerdere opnamen waren gediagnostiseerd onder het beeld: schizofrene psychose. Gezien de verdere ontwikkelingen bij de heer Jansen neig ik er eerder toe bij hem van een hysterische psychose te spreken. Mevrouw Jaspers' diagnose luidde: hysterische psychose bij een zwakbegaafde vrouw; Mevrouw Prins had een psychotische depressie met hysterisch coloriet.

In alle gevallen lijkt de psychose centraal te staan. De systeemtheorie heeft gewezen op de interactionele aspecten van een psychose (Haley, 1959, 1963; Bateson et al. 1975). Het mutisme kan volgens deze theorie worden opgevat als een poging om de communicatie te ontkennen. Een machtsstrijd

rond het zwijgen die met de behandeling kan interfereren, kan ontstaan wanneer de therapeut blijft zwijgen (vgl. Kaplan & Escoll, 1973). Hoewel dit machtsaspect niet door alle auteurs expliciet wordt benoemd, lijkt het voorkómen ervan impliciet wel een rol te spelen in de meeste interventies: manipulatie van de omgeving; beloning van het spreken; 'shaping' procedures waarbij wordt gestart met gedrag dat slechts zijdelings te maken heeft met spreken; lange monologen; 'prescribing the symptom'.

De laatste decennia zijn er verschillende technieken beschreven, waarmee men probeert te verhinderen dat de patiënt zich onttrekt aan het contact. Een voorbeeld is de zgn. vechttherapie bij autistische kinderen. Volgens Boszormenyi-Nagy (1980) is het van groot belang de cliënt het gevoel te geven dat hij het recht heeft zich zo te gedragen als hij doet. Zijn '*destructive-entitlement*' bevat naast begrip ook een element van ethische rechtvaardiging. In deze visie heeft de patiënt altijd geldige redenen voor alle gedrag dat hij vertoont; redenen die niet in twijfel getrokken mogen worden. Wil contact überhaupt mogelijk worden dan moet de therapeut dit 'recht' van de patiënt respecteren. Ook door andere auteurs is gewezen op het belang voor de therapeutische relatie van dit meegaan-met-de-patiënt (vgl. Minuchin, 1973). In de directieve therapie benadert het begrip 'judo' dit het beste (vgl. Lange, 1977).

Eveneens bestaat er een duidelijke relatie met het analytische begrip 'basiszekerheid', een element dat door Pruyser (1974) wordt geplaatst in een interactionele context en door hem wordt omschreven als 'Transitional-Object'-sfeer.

De hier toegepaste interventies dienen om te voorkomen dat de patiënt de communicatie ontkent. Bij de '*mothering*'-techniek probeert de therapeut een complementaire relatie

te creëren door in woord en gebaar te laten blijken dat hij de leiding neemt en dat de patiënt moet volgen. Een soort 'benevolent nurturing'. Alle gedrag van de patiënt wordt door de therapeut geïnterpreteerd als reactief. Niet alleen de kleinste reactie maar ook het niet-reageren betreft de therapeut op zichzelf. Het meest uitvoerig is deze techniek beschreven door Ferreira (1959).

Bij de 'horror'-techniek communiceert de therapeut indirect met de patiënt. Hij richt het woord tot anderen, maar zó dat de cliënt het wel moet horen. Hij communiceert, maar ontkent dit tegelijkertijd. Er is - volgens van Dijck et al. (1980) - sprake van een 'indirecte-paradoxaal-concrete interventie'.

De in de literatuur beschreven behandelingen duren maanden tot jaren. Drie van de vier in dit artikel beschreven patiënten reageren snel op de gebruikte interventies. Zoekend naar oorzaken voor dit verschil dienen zich hiervoor meerdere mogelijkheden aan:

probleem - i.p.v. ziektegericht denken.

In de psychiatrie is het lange tijd gebruikelijk geweest om patiënten te benaderen vanuit het 'kraepeliaanse'-diagnosesysteem. De prognose werd hierdoor meer gerelateerd aan de diagnose en minder aan de problemen, de sociale vaardigheden, sociale omstandigheden, e.d.. Hoewel ik het nut van een genuanceerde psychiatrische diagnostiek van harte onderschrijf, moet anderzijds geconstateerd worden dat er ook grote bezwaren aan psychiatrische diagnoses kleven. De kritiek op voornoemd diagnosesysteem is dan ook niet geheel onterecht. (Ze doet Kraepelin echter onrecht aan; hij beschreef destijds al dat 13% van de dementia-praecox gevallen volledig genas).

De opvattingen over het beloop van psychosen hebben

decennia berust op artefacten. Het onderzoek betrof namelijk opgenomen patiënten, waardoor patiënten met een betere prognose, die niet opgenomen behoeften te worden, niet in het onderzoek opgenomen werden (voor de methodologie zij verwezen naar: Winer, 1962; Festinger & Katz, 1966; de Groot, 1969; Runkel & Mc. Grath, 1972). Een tweede artefact vormde de patiëntiserende werking van het psychiatrisch ziekenhuis zelf (vgl. Basaglia, 1980; Cooper, 1970; Goffman, 1959, 1961, 1963; Romme, 1980).

Een behandeling moet dan ook meer probleemgericht zijn dan diagnosegericht. In analogie met Jenner & Frets (1981) over een psychiatrische opname stel ik: het probleem is de resultante van een aantal deelsituaties, en verdwijnt zodra voldoende van deze delen zijn opgelost.

### diagnose

Hoewel de diagnose niet in alle literatuurstudies wordt vermeld, lijkt er toch meestal sprake te zijn van schizofrene en hysterische psychosen. In zoverre zijn de hier beschreven cliënten niet afwijkend van de in de literatuur genoemden.

### selectie

In alle door mij geraadpleegde literatuur was na het falen van een ambulante behandeling opname gevolgd. Het is mogelijk dat tot op heden alleen de 'moeilijke' gevallen zijn beschreven en niet de 'gemakkelijke', die ambulant konden worden behandeld. In de voorgeschiedenis van zowel de heer Jansen als van mevrouw Prins is echter sprake van eerdere opnamen wegens een psychose met mutisme. Tijdens de intramurale behandeling was het mutisme destijds verdwenen na enkele maanden of langer. Het lijkt derhalve minder waarschijnlijk dat selectie het verschil in effect volledig kan verklaren.

duur van de symptomen

Bij de beschreven intramurale behandeling bestaat het symptoom al lange tijd. Het mutisme behoort tot het 'normale' gedragsrepertoire van de patiënt; de omgeving heeft zich aan het symptoom aangepast. Bij de hier beschreven patiënten bestond het mutisme slechts enkele dagen tot weken. Hierdoor hebben bekrachtigende reacties van de omgeving mogelijk onvoldoende tijd gehad om het mutisme in te slijpen.

Wanneer deze aanname juist is, pleit dit ervoor om middels 'agressieve' symptoomgerichte interventies zo snel mogelijk de communicatie te herstellen teneinde tot de achterliggende problematiek te kunnen doordringen.

De bereidheid/mogelijkheid om te werken met acute crisisinterventie en met huisbezoeken zijn voor de beschreven interventies noodzakelijk.

Het probleem waarvoor de hulpverlener bij deze werkwijze komt te staan, is de afweging van de nadelige consequenties van een opname tegenover de gevaren van suïcide, heterocide en van een dusdanige uitstoting door de gemeenschap dat resocialisatie hierdoor onnodig wordt belemmerd.

Voor al door de 'antipsychiatrie' is gewezen op de nadelige gevolgen van psychiatrische hospitalisatie. (Basaglia, 1980; Cooper, 1970; Foudraine, 1971; Goffman, 1959, 1961, 1963; Laing, 1974; Scheff, 1963-a en b, 1966). Voor een helder overzicht van deze visies, hun achtergronden en belang voor de psychiatrie zij verwezen naar Trimbos (1975) en Van den Hoofdakker (1978).

Het grote belang van deze afweging wordt nog onderstreept door de studies van Langsley et al. (1968a en b, 1969, 1971, 1978) en van Decker & Stubblebine (1972). Zij vonden dat het effect van ambulante crisisinterventie niet

onderdoet voor dat van een opname in een psychiatrisch ziekenhuis. (vgl. Jenner & Frets, 1981). Het mutisme vormt in deze afweging een extra bemoeilijkende factor.

In alle door mij beschreven gevallen werd een ambulante behandeling verantwoord geacht. Vanwege de verhoogde kans op risico bij Mevr. Prins werden - vooraf reeds - bepaalde grenzen gesteld bij overschrijding waarvan tot opname, eventueel gedwongen, zou worden overgegaan. Dit afwegingsproces is een dynamisch gebeuren waarbij het overleg met de familie, de huisarts en niet te vergeten teamgenoten een belangrijke rol speelt.

Voor de door ons gevolgde werkwijze is een gewaarborgde continuïteit van professionele hulpverlening, hetzij door de therapeut zelf, hetzij - in overleg - door de huisarts, noodzakelijk. Daarnaast is een niet-professionele sleutelfiguur ter plekke van groot belang.

In de toegepaste benadering is sprake van meerdere interventies. Het is niet goed mogelijk het relatieve belang van elk ervan in te schatten, laat staan om aan te geven of bepaalde interventies geen effect sorteren of zelfs beter achterwege gelaten kunnen worden. Verder onderzoek is hiervoor nodig. De meest essentiële interventies kunnen als volgt worden opgesomd:

1. *Empathische- en positieve instelling.*
2. *Indirecte communicatie via derden.*

Voor een uitvoerige bespreking van deze techniek zij verwezen naar Hoogduin & Druijf (1980) en Jenner & Henneberg (1982). Hierdoor kunnen lange monologen worden vermeden, terwijl toch de nodige informatie kan worden doorgespeeld naar de patiënt.

3. *Symptoomvoorschrijving.*

Mutisme is volgens Kaplan & Escoll (1973) een vorm van paradoxale communicatie binnen een systeem waar een verbod

heerst op het uiten van boosheid én op het verlaten van het gezin. De geïdentificeerde patiënt mag zijn boosheid niet uiten maar evenmin zwijgen; de ouders worden boos op de patiënt over diens zwijgen, maar zijn - gelijktijdig - bang dat de patiënt vanwege die boosheid zal gaan praten. Derhalve bied ik een therapeutische paradox aan: het praten wordt verboden binnen een context van herstel, waarbij weer gepraat kan worden. Het eindige van de klacht wordt impliciet benadrukt door opmerkingen in de trant van: "niet voordat u eraan toe bent."

4. *Positieve etikettering.*

5. *Onberekenbare factoren (Van Gent, 1980).*

Hierbij speelt creativiteit een grote rol. Van evengroot belang acht ik echter een 'judo-houding' (Lange, 1977) en een instelling vanwaaruit de moed niet meteen wordt opgegeven. Zeker wanneer er sprake is van 'grande psychiatrie' is de neiging groot om bij de pakken neer te zitten. Dit wordt nog versterkt door de gevoelswaarde die uitgaat van begrippen als: schub, negativisme en infauste prognose, die in de oudere literatuur verbonden zijn aan mutisme bij psychosen.

Het zal duidelijk zijn dat ik een meer optimistische visie voorsta, het optimisme van de praktijk (vgl. Basaglia, 1980, p. 43). Een praktijk die 'niet-holistisch' is maar stap voor stap te werk gaat als de 'piecemeal-engineer' van Popper (1964).

Tot slot wil ik Richard van Dijck en Fred Graumans bedanken voor hun nuttige adviezen.



### 3.5 SUÏCIDAAL GEDRAG BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN.\*

#### Inleiding.

Suïcide komt gelukkig niet zo vaak voor bij kinderen en adolescenten in Nederland. Toch zien kinderen met ernstige problemen de dood soms als enige oplossing. Dit kunnen passieve doodswensen zijn, maar soms wordt er ook actie ondernomen, zoals het innemen van medicijnen, zichzelf in de polsen snijden of anderszins. Het geregistreerde aantal zelfmoordpogingen zou, in de loop der jaren, wel toegenomen zijn (Diekstra, 1981- b).

In dit hoofdstuk zullen enkele theoretische aspecten van suïcide worden besproken, zoals het doodskoncept, de definitie, de relatie met depressies en de incidentie. Vervolgens worden meer praktische zaken, zoals de beoordeling en mogelijkheden voor interventie, uitgewerkt.

Het hoofdstuk wordt afgesloten met de bespreking van een tweetal voorbeelden. Hiertoe zijn cliënten met een weinig spectaculaire symptomatologie uitgekozen. Bij een van hen komt de doodswens zelfs pas te voorschijn na expliciet navragen door de therapeut.

De beschreven aanpak pretendeert zeker niet de oplossing te geven voor alle suïcidaal gedrag; beoogd is een manier van werken te presenteren die zowel door het kind als door het gezin geaccepteerd blijkt te worden.

\* Verschenen in: Directieve therapie bij kinderen en adolescenten (red. Hoogduin & Den Haan), 1984, Van Loghum Slaterus, Deventer.

## Over suicide

## Doodsconcept.

Kinderen hebben andere ideeën over de dood dan volwassenen. Grofweg kunnen drie fasen worden onderscheiden in de ontwikkeling van het doodsconcept bij kinderen (vgl. Pfeffer et al., 1979). Tot ongeveer hun vijfde jaar zien kinderen de dood als een tijdelijk en reversibel verschijnsel. In deze periode lijken kinderen in eerste instantie vaak weinig onder de indruk van de dood, zelfs niet wanneer het ouders, een broertje of een zusje betreft. In de tweede fase (ongeveer van 6 tot 9 jaar) neemt de dood concretere vormen voor hen aan. De dood wordt gepersonifieerd. Kinderen kunnen vaak precies vertellen hoe de dood er uitziet. Suïcidale kinderen van deze leeftijd zien de dood meestal als tijdelijk. Doodgaan blijft in deze periode een reversibel gebeuren. Het suïcidegevaar is hierdoor relatief groot (vgl. Pfeffer et al., 1979; Orbach & Glaubman, 1979). Na het negende levensjaar is het doodsconcept bij kinderen vergelijkbaar met dat van volwassenen.

De manier waarop kinderen over suicide denken, is nauw verbonden met hun gedachten over de dood. Of ze de dood beleven als angstig of prettig, als straf of als uitkomst, blijkt in sterke mate te worden bepaald door het sociale milieu waarin ze opgroeien (vgl. Bürgin, 1977). Diekstra (1981-a) geeft voorbeelden waaruit blijkt dat normen en waarden rondom het begrip suicide bepaald worden door de sociale omgeving waartoe iemand behoort. Religieuze aspecten spelen hierin een rol, maar ook de gevoelens van de ouders ten aanzien van de dood.

### Definitie.

Een uniforme, algemeen aanvaarde definitie van suïcide bestaat niet. Meerdere termen (suicide, suïcidepoging, suïcidegebaar, suïcidale manipulatie, manipulatieve suïcide, geslaagde suïcide, etc.) worden door elkaar gebruikt. Auteurs kunnen dezelfde term gebruiken, terwijl de betekenis die ze eraan toekennen verschillend is. Sommige definities zijn meer moreel dan wetenschappelijk van aard. Ze zijn niet goed bruikbaar, omdat ze alle suïcidaal gedrag per definitie abnormaal noemen. (zie voor uitvoeriger informatie: Diekstra, 1981-a).

Ringel (1974) maakt een kwalitatief onderscheid tussen suïcide en suïcidepoging. Er is niet zozeer sprake van een kwantitatief verschil (overlijden versus blijven leven) maar eerder van andere bedoelingen (vgl. Diekstra 1981-b). Diekstra (1981-a) beveelt aan om het begrip 'intentie' te betrekken in het onderzoek naar suïcidaal gedrag. Over intentie kan men bij kinderen niet spreken voor het tiende levensjaar.

Pfeffer (1981) omschrijft suïcidaal gedrag bij kinderen als: "gedachten en/of acties die wanneer ze volledig ten uitvoer gebracht zouden worden, kunnen leiden tot zware vermindering of de dood". Deze definitie zal ook in dit artikel worden aangehouden. De term suïcidaal gedrag omvat de begrippen: suïcidepoging, suïcide en suïcidale ideatie.

Suïcidale ideatie is het denken aan en overwegen van een suïcide (poging). Dit kan gepaard gaan met het uiten van of dreigen met deze gedachten, noodzakelijk is het echter niet.

### Motieven en oorzaken.

Bij kinderen dienen de meeste suïcidale gedragingen primair niet-suïcidale doelen. De dood als einddoel wordt door kinderen meestal niet gezocht. Tentamina zijn niet berekend,

noch gebaseerd op de ambivalentie van leven en dood (Lange & Ficker, 1980); zij kunnen vrijwel altijd worden gezien als een demonstratieve noodkreet of als impulsief gedrag (vgl. Despert, 1952; Wiendieck, 1970; Lange & Ficker, 1980).

Als motieven voor suicide is gewezen op: geïnternaliseerde agressie; bestraffing van de ouders (vgl. Toolan, 1962); oplossing voor eenzaamheidsproblemen; het opzoeken van overleden sleutelfiguren (vgl. Toolan, 1962; Mattsson et al., 1969); de verwachting dat on vervulde verlangens gerealiseerd zullen worden (vgl. Ackerly, 1967); een noodkreet bij stress en dreigende psychotische decompensaties (vgl. Mattsson, et al., 1969).

Suïcidaal gedrag kan verschillende oorzaken hebben. Volgens Pfeffer, et al. (1979) vertonen de ouders van kinderen met suïcidaal gedrag vaker depressief en/of suïcidaal gedrag dan de ouders van niet-suïcidale kinderen (vgl. ook Shephard & Barraclough, 1976). Verlies van sleutelfiguren is een veel gevonden oorzaak. Dit kan absoluut zijn door overlijden, of relatief door bijvoorbeeld hospitalisatie, overwerk (vgl. Morrison & Collier, 1969), verhuizing of echtscheiding.

Het bestaan van gestoorde communicatie- en relatiepatronen is eveneens een belangrijke oorzaak (Bender, 1953; Ficker, 1972; Koski 1972; Otto, 1972-b). De rol van de moeder lijkt hierbij van grote betekenis (Glaser, 1965; Gould, 1965; Morrison & Collier, 1969; French & Steward, 1975; Pfeffer et al., 1980).

Suïcidaal gedrag en depressie.

Bij depressieve mensen is het risico van een suicide groot. Dit geldt met name voor mensen met een vitale depressie. Paulsen, et al. (1978) vonden bij een groep depressieve

kinderen dat 75% van hen suïcidale gedachten had.

In een onderzoek van Mattsson, et al. (1969) bleek dat 40% van de kinderen die een suïcidepoging deden, daaraan voorafgaand langere tijd depressieve verschijnselen had vertoond. Van een vergelijkbare groep niet-suïcidale kinderen had slechts 13% depressieve klachten (vgl. Otto, 1965, 1972-a en Pfeffer, et al., 1979).

De laatste jaren is gebleken dat depressies bij kinderen meer voorkomen dan vroeger werd aangenomen (vgl. Carlson & Cantwell, 1980; Kashani, et al., 1981). Volgens Kashani, et al. komen de verschijnselen behorend bij depressies bij oudere kinderen en adolescenten in sterke mate overeen met die van volwassenen. Ze gaan echter vaak gepaard met of schuil achter andere problemen, zoals: schoolfobie, somatische klachten of gedragsveranderingen. Wanneer er niet nadrukkelijk naar wordt gevraagd, bestaat het gevaar dat een eventueel achterliggende depressie en mogelijk suïcidegevaar over het hoofd worden gezien, met alle risico's van dien.

#### Vóórkomen van suïcidaal gedrag.

Gegevens en conclusies over suïcidaliteit moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Dit geldt te meer voor gegevens over suïcidaliteit bij kinderen. Ouders zijn op grond van levensbeschouwing, zelfverwijt of angst voor mogelijke repercussies nogal eens geneigd om suïcidaal gedrag te maskeren. De door hen verstrekte informatie zal dan bijvoorbeeld de indruk wekken dat er sprake is geweest van een ongeval. (vgl. Rood-de Boer, 1977; Diekstra, 1981-b). Ook medici kunnen om verschillende redenen besluiten om suïcide niet als doodsoorzaak op te geven. Voor Nederlandse gegevens over suïcide bij kinderen en adolescenten: zie tabel 1.

Er is sprake van een toeneming van de incidentie van suïcidaal gedrag - ook bij jeugdigen - in de laatste vijftien jaar (vgl. Holinger, 1978 en 1979; Wolters, 1981). De Graaf & Diekstra (1980) spreken van een toeneming van 300%. Ongeveer 20% van alle 'medical emergency'-opnamen zou suïcidaal gedrag betreffen. Deze cijfers hebben echter betrekking op cliënten vanaf de leeftijd van 15 jaar.

Tabel 1. Het vóórkomen van suïcide bij kinderen en adolescenten in Nederland; aantal doden ten gevolge van suïcide per jaar.

	Doodsoorzaak suïcide <sup>1)</sup> Stat. Pol./Just./Brandw.			Doodsoorzaak suïcide <sup>2)</sup> CBS					
	tot 15 j.			15 - 20 j.			10-14 j.		
	♂	♀	tot.	♂	♀	tot.	♂	♀	tot.
1976	6	0	6	38	15	53	4	0	4
1977	6	0	6	42	13	55	5	0	5
1978	7	0	7	40	12	52	7	0	7
1979	6	0	6	41	14	55	3	0	3
1980	4	0	4	38	12	50	2	0	2

<sup>1)</sup> CBS, afdeling Gerechtelijke Statistiek; Maandstatistiek Politie, Justitie en Brandweer.

<sup>2)</sup> CBS, Jaarcijfers 1976-1981, Serie A (overleden naar leeftijd en geslacht).

De literatuur over suïcidaal gedrag is controversieel. Zeker over suïcidaal gedrag bij kinderen is weinig onderzoek te vinden. Bovendien wordt het trekken van algemeen geldige conclusies extra bemoeilijkt doordat het aantal gemelde en geregistreerde gevallen slechts het topje van een ijsberg weergeeft.

#### Benadering van suïcidaal gedrag.

Pfeffer, et al. (1980) adviseren om als routine bij alle kinderen die een psychiatrische dienst bezoeken bedacht te zijn op suïcidaal gedrag.

Bij verdenking op suïcidaal gedrag moet de therapeut hierop expliciet ingaan (vgl. van Dijk, 1974; Jenner, 1981-a). De therapeut moet door zijn houding en de manier waarop vragen gesteld worden, een sfeer scheppen waarin over de dood gepraat kan worden. Een angstige therapeut kan angst induceren. (Wanneer zelfs de deskundige het praten over de dood vermijdt, is, voor de patiënt, het bewijs toch wel geleverd dat de situatie hopeloos is.) Het beste kan over de dood gepraat worden in een zitting met alle gezinsleden. Het is van belang om directe vragen te stellen (vgl. Diekstra, 1981-a). Geleidelijk aan dieper doorvragen bevalt mij hierbij het beste. Bijvoorbeeld: "Ben je somber?" "Zie je nog een lichtpuntje?" "Zijn er wel eens momenten dat je wilde dat je dood was?" of: "Denk je wel eens iets als: wanneer ik nu midden op de weg blijf staan, ben ik overal vanaf?" "Heb je wel eens de neiging jezelf iets aan te doen?"

Het is noodzakelijk om inzicht te krijgen in de mate van suïcidaliteit. Bij de beoordeling van het suïcidegevaar moet worden gelet op:

- Suïcidale gedachten.

- Letaliteit van de methode: "Hoe denk je het te doen?" Niet alle methoden zijn even dodelijk. Ophanging en van een flat springen zijn gevaarlijker dan polsdoorsnijding en aardgas. Bij medicijnen hangt het gevaar sterk af van de soort.
- Voorbereidingen en beschikbaarheid van de middelen: "Heb je het klaar liggen?" "Heb je tabletten gespaard?" of: "Heb je het al eens een beetje gedaan?" "Heb je bedacht waar je het gaat doen en hoe precies?"
- Eerder suïcidaal gedrag: eerdere suïcidepogingen maken de kans op een suïcide in de toekomst groter. Het is bekend dat deze kans groter is naarmate de eerdere suïcidepoging gevaarlijker was. Mensen waarbij sprake is van cumulerend suïcidaal gedrag lopen een beduidend groter risico. Bij kinderen doet men er goed aan om zogenaamde 'ongelukjes' uit te vragen. Een suïcide wordt in zo'n 70% van de gevallen voorafgegaan door signalen aan sleutelfiguren (Frankenberg, 1974). Bijna de helft van de kinderen vertoont een tot drie maanden vóór de suïcidepoging suïcidale gedragingen, zoals zich herhalende ongelukjes, zich snijden, etc.
- Sociaal gedrag: het suïcidegevaar is groter bij eenzame kinderen en adolescenten die alleen wonen. Het teruglopen van en het zich terugtrekken uit sociale contacten doet de kans op suïcide toenemen. Veranderingen in de dagelijkse activiteiten, zoals niet langer de hond uitlaten, beesten geen eten geven, de planten geen water geven of het niet meer kijken naar vaste TV-programma's kunnen belangrijke aanwijzingen zijn voor het toenemen van suïcidegevaar (Speyer, 1978). Hetzelfde geldt voor plotselinge gedragsveranderingen.
- Recent verlies: dit betreft zowel materieel als immaterieel verlies; naast algemeen geldende patronen,



zoals het verlies van een gezinslid, zijn er per leeftijd specifieke aanwijzingen. Het verlies van een huisdier telt vaak zwaarder in de kinderleeftijd. Het verlies van status, bijvoorbeeld door zitten blijven, is van belang bij oudere kinderen. Bij adolescenten is het verlies van een (liefdes)relatie belangrijk.

- Verslaving: chronische alcohol- en/of drugsabuis komt vaak voor in de anamnese van mensen die een suïcide pogen of plegen. Meestentijds is in deze gevallen ook sprake van sociale isolatie en van depressie.
- Depressie en psychose: er bestaat een duidelijke relatie tussen depressies en suïcidaal gedrag. Reeds op jeugdige leeftijd kan er sprake zijn van een depressie (vgl. Sandler & Joffe, 1965; Lange & Ficker, 1980). De anaclitische depressie na objectverlies (bv. een ziekenhuisopname) is hiervan een goed voorbeeld. De symptomen zijn afhankelijk van de leeftijdsfase. De literatuur samenvattend (vgl. Ling, et al., 1970; Weinberg, et al. 1973; Kovacs & Beck, 1977; DSM, 1978), moet worden gelet op:
  - gevoel en stemming (somber, triest, prikkelbaar, huilbuien);
  - zelfwaardering (kritiek, schuldgevoelens);
  - denken: verminderde concentratie en geheugen, piekeren, slechte schoolprestaties (cave schoolfobie);
  - psychomotoriek (apathie, agitatie, agressiviteit, social withdrawal, extreme vermoeidheid);
  - vegetatieve klachten (lichamelijke klachten, verminderde eetlust, gewichtsverlies);
  - slapeloosheid.

Het suïcidegevaar is groter naarmate de patiënt meer geagiteerd gedrag vertoont. Bij oudere kinderen en adolescenten is het begrip vitale depressie goed bruikbaar.

- Psychose: bij psychotische kinderen is de reality-testing gestoord. De gestoorde waarneming van de omgeving en/of van intra-psychische fenomenen kunnen, (kan) extreme angst tot gevolg hebben. Psychotische kinderen kunnen hierdoor impulsief reageren. Het meeste gevaar lopen kinderen met imperatieve hallucinaties (bevels-hallucinaties).

Suïcidaal gedrag van kinderen is vaak impulsief (vgl. Lange & Ficker, 1980). Bij adolescenten kan hierin meespelen een gevoel zich te moeten opofferen (vgl. Stork, 1972). Harding (1972) citeert E. Erikson: "Adolescenten kunnen zich - in acute conflicten - sterk geïnvolveerd voelen, maar ook erg geïsoleerd. Een gevoel dat ze zo sterk kunnen totaliseren dat ze hierdoor gepreoccupeerd raken met premature wijsheid en dood, ofwel met een neiging zich op te offeren ...." De suïcideneiging kan hierdoor een dwangmatig ritueel karakter krijgen.

Alle suïcidaal gedrag betekent een crisissituatie. De behandeling moet snel beginnen (zo mogelijk dezelfde dag nog). De therapeut moet proberen om reeds de eerste zitting met het gehele gezin te houden (Lange & Van der Hart, 1979). De contacten moeten frequent en intensief zijn. In de beginfase zijn steun en het bieden van hoop noodzakelijk (vgl. Wolters, 1981).

De patiënt en de familieleden hebben meestal ambivalente gevoelens. Meespelende schuldgevoelens worden soms afgereageerd in beschuldigingen naar anderen toe. De eerste fase van behandeling is de herkenning en erkenning van het verdriet dat ieder de afgelopen periode ervaren moet hebben. Het individuele probleem wordt hierdoor op een niet bedreigende manier ggeneraliseerd tot een algemeen. Hierbij helpt het om

concreet te vragen naar twijfels, teleurstelling, zich onbegrepen voelen, slapeloosheid, piekeren, etc. De therapeut probeert geaccepteerd te krijgen dat het voor iedereen een afschuwelijke tijd is geweest waaraan zo snel mogelijk een eind moet komen. Voor het maken van een 'working alliance' is het expliciteren van ieders goede bedoelingen zinvol. Heretiketteren, herinterpretatie en redundantie zijn hierin wezenlijke elementen. De therapeut herhaalt uitspraken in de trant van: dat is toch geen leven, dat moet veranderen.

Deze fase wordt afgesloten met het concretiseren van het probleem: "Wil(de) je echt dood of wil je eindelijk eens van de problemen af?".

De tweede fase wordt besteed aan het voorkomen van een (nieuwe) suïcidepoging. Hoewel dit 'maatwerk' is, zijn er toch wel enkele algemeen geldende opmerkingen over te maken. De volgorde is willekeurig gekozen. Bij behandelingen wordt de keuze bepaald door de loop van het gesprek.

'Niet-zelfdodingscontract'. Er wordt met de patiënt en met het gezin een contract afgesloten dat er geen suïcidepoging gedaan wordt bijv. gedurende de tijd tot de volgende zitting. Dit contract kan weer verlengd worden bij volgende zittingen. Uitgelegd wordt dat er bepaalde symptomen zijn die aan een suïcidepoging voorafgaan; het optreden van deze symptomen duidt op gevaar. Deze vroegsymptomen worden uitvoerig uitgevraagd en vervolgens schriftelijk vastgelegd. Ieder gezinslid wordt om medewerking gevraagd om te hulp te komen zodra deze symptomen zich voordoen. Het heeft zin om de patiënt een 'beschermengel' te laten uitkiezen: een gezinslid dat zich gedurende een bepaalde periode intensief bemoeit met de patiënt. Bij chaotische patiënten (zoals dat

voorkomt bij een geagiteerde depressie of psychose) kan deze taak bij toerbeurt worden vervuld. Nauwgezetheid en concretiseren van afspraken zijn hierbij van groot belang. De waarde van een niet-zelfdodingscontract is beperkt. Het biedt zeker geen garantie tegen een suicide(poging). De zin is meer gelegen in het motiveren van het gezin, het mobiliseren van positieve elementen, het vergroten van de onderlinge betrokkenheid en het aanbrengen van cognitieve veranderingen. Een volgende afspraak wordt snel gemaakt. In het verlengde van het contract wordt gevraagd hoe lang het gezin het denkt te redden. Een nieuwe afspraak wordt gemaakt vóór het moment waarop de patiënt of het gezin het niet langer denkt aan te kunnen.

Anticiperen op gevaarlijke situaties. In het bespreken van een niet-zelfdodingscontract komen elementen hiervan reeds aan de orde. Met behulp van het gezin wordt onderzocht waar problemen verwacht kunnen worden.

Mogelijke oplossingen hiervoor worden uitgewerkt. Altijd aan de orde komt: 'Stel dat je toch de neiging krijgt om er een eind aan te maken, hoe bouwen we dan garanties in dat je nog kunt genieten van de verbeteringen waaraan we moeten werken?' Er wordt een lijst opgesteld van vertrouwenspersonen die gebeld mogen worden in nood. De therapeut dient zichzelf hiervoor aan te bieden. De teleurstelling die kan optreden wanneer de telefoon niet wordt aangenomen - en de wijze waarop dan gehandeld moet worden - worden besproken. Door deze maatregel wordt vertrouwen gewekt bij de patiënt, maar ook bij de familieleden. Alle personen op de lijst worden nog dezelfde dag ingelicht en om medewerking gevraagd.

Medicatie. Meestal zal medicatie niet nodig zijn. Wanneer een of meerdere gezinsleden uitgeput dreigen te raken, kan

medicatie voor enkele dagen gegeven worden. De impact hiervan wordt vergroot wanneer de therapeut de medicijnen zelf overhandigt; bij voorkeur in een apart doosje of enveloppe. Vanzelfsprekend wordt in dat geval een beperkte hoeveelheid voorgeschreven; ook wordt voor een relatief ongevaarlijk middel gekozen. Wordt een recept meegegeven dan verdient het aanbeveling een uitroepteken achter het voorgeschreven aantal te plaatsen. De apotheek zal dan niet meer meegeven. Uitvoerig wordt ingegaan op het gevaar van een suïcide met medicijnen. Garanties kunnen worden ingebouwd door het kind een gezinslid te laten uitkiezen die de medicatie mag verzorgen. Wanneer antidepressiva aangewezen zijn, moet men vooral in de beginfase extra voorzichtig zijn. Deze medicijnen vergroten in deze fase het suïcidegevaar. De stemmingsverbeterende component ervan wordt namelijk later merkbaar dan de motoriekverbeterende component. Een voorheen sombere, maar apathische patiënt kan in deze fase de daad (dood) bij de sombere gedachten/gevoelens voegen. Bij de ambulante behandeling van psychosen zal (kortdurende) antipsychotische medicatie vaak noodzakelijk zijn.

#### Gevalsbeschrijvingen.

##### *Frits: 12 jaar*

Frits wordt door zijn moeder aangemeld, omdat hij depressief is. De laatste weken gaat hij met tegenzin naar school. Hij probeert thuis te blijven en heeft al een paar keer gespijbeld. Moeder maakt zich vooral zorgen, omdat hij zich ook 's avonds huilend op zijn kamer terugtrekt. Zijn ouders proberen met hem te praten. In het laatste gesprek heeft Frits gezegd dat hij net zo lief dood was. Frits is de tweede van drie kinderen en is de enige zoon. Hij zit in de eerste klas MAVO. De oudste dochter woont sinds kort

intern vanwege een stage-periode, de jongste zit op de lagere school. Naast een volledige baan geeft vader les op een avondschool. Hij beheert een adviesbureau voor verzekeringen, waarbinnen alle gezinsleden een taak hebben. Gezien de ernst van de situatie wordt een spoedafpraak gemaakt voor een intakegesprek met het gehele gezin.

*Intakegesprek:*

De klachten bestaan sinds enkele weken. Ze zijn in ieder geval pas manifest geworden, nadat Frits' oudste zus uit huis is gegaan. Hij huilt dagelijks, soms meermalen per dag. De gezinsleden zien duidelijk aan hem, wanneer hij het moeilijk heeft. Zij proberen hem dan - meestal tevergeefs - wat op te beuren. Moeder doet moeite om achter de oorzaak van de problemen te komen, wat meestal resulteert in 'trekken van moeder' en 'dichtslaan van Frits'. Vader probeert het dan 's avonds opnieuw. De laatste twee weken praat hij iedere avond langere tijd met Frits. Enerzijds kan hij begrip opbrengen voor de problemen omdat hij die zelf vroeger ook gehad zou hebben, anderzijds maakt hij zich kwaad, omdat hij vindt dat Frits zich te veel laat gaan. De oudste zuster belt sinds de problemen dagelijks naar huis om vooral moeder te steunen. De schoolresultaten van Frits zijn goed. In de klas voelt hij zich echter een buitenstaander. Het contact met leeftijdgenootjes is de laatste tijd verwaterd. Het blijkt dat Frits zich al langere tijd periodiek somber voelde. Na een bezoek aan zijn vrienden knapte hij meestal op. Sinds hij spaart voor een dure fotocamera doet hij meer in vaders verzekeringsbedrijf en heeft zodoende minder tijd voor zijn vrienden. Hij slaapt redelijk goed in en goed door. Hij is niet afgefallen en zijn eetlust is normaal. Ook heeft hij geen dagschommelingen. Al ruim een jaar piekert hij over wereldproblemen, het milieu en de ontwikkelingslanden.

Thuis heeft men weinig tijd voor deze problemen. Zijn ouders vinden het maar onzin. Ze adviseren Frits om normaal te doen, het van zich af te zetten, etc. Dit alles heeft tot gevolg dat Frits eigenlijk niet verder wil leven. Hij heeft geen concrete plannen om zelfmoord te plegen. Wel komen gedachten zoals 'ik wou dat ik dood was' steeds vaker en heviger terug. Frits vindt ze beangstigend. Hij wil er niet aan denken, maar kan deze gedachten niet van zich afzetten. Wanneer de therapeut hem vraagt of hij serieus dood wil of eindelijk eens van zijn problemen en kwellende gedachten af wil, geeft hij aan niet echt dood te willen.

De geboorte en vroege ontwikkeling van Frits zouden ongestoord verlopen zijn. Wel is hij altijd een zorgenkind geweest. Zenuwachtig en vreemd. Hoë vreemd blijft onduidelijk. Wel heeft de huisarts periodiek sedativa voorgeschreven.

Het gezin woont in een orthodox christelijke omgeving. De opvoeding van de kinderen (en van de ouders) is streng orthodox en normerend geweest met nadruk op schuld en boete. Ruim vijf jaar geleden zijn de ouders - teleurgesteld - hun kerk uitgestapt. Over woning en financiën is het gezin tevreden. Verdere problemen worden ontkend. De manier waarop de problemen worden ontkend, is niet overtuigend.

In het begin van het gesprek reageert het gezin afwezend. Vooral vader laat blijken het oneens te zijn met de opvatting dat er achterliggende problemen zijn, zoals door de huisarts is gesuggereerd. Het gesprek loopt voornamelijk via moeder. Zij antwoordt ook op vragen die aan Frits worden gesteld. Aanvankelijk zit Frits zwijgend voorovergebogen. Bij de eerste vragen van de therapeut gaat hij huilen. De andere gezinsleden proberen hem te helpen ("zeg maar wat er is"), maar reageren ook snel afkeurend ("jongens huilen niet"). Later is Frits verrassend open over zijn somberheid. Hierbij valt op dat de ouders hem stimuleren tot

praten, maar hem regelmatig corrigeren ("niet waar, vertel eens eerlijk wat je voelt" etc.).

*Overweging:*

Frits is depressief zonder vitale kenmerken en agitatie. Zijn suïcidegedachten lijken meer een vraag om hulp dan concrete doodswensen. Het heeft iets weg van dwangdenken. Het suïcidegevaar lijkt - door het ontbreken van vitale kenmerken en van agitatie - wel hanteerbaar. De suïcidegedachten zijn ontstaan nadat de oudste dochter uit huis is gegaan. Door de problemen van Frits heeft ze weer dagelijks contact met het gezin. Het gedrag van Frits heeft mogelijk een samenbindende functie. Dat vader meer tijd vrij maakt voor het gezin ondersteunt deze hypothese: ook de contacten vader-moeder zijn frequenter en intensiever geworden. De reacties van de gezinsleden lijken de suïcidegedachten te versterken. Frits kan niet overweg met zijn emoties. Thuis worden ze regelmatig gecorrigeerd. Schaamtegevoel verhindert hem het bespreken van de problemen met zijn vriendjes, die bovendien geïnteresseerd zijn in andere zaken. Dus moet binnenshuis voor Frits ruimte worden gezocht. Het gezinsspatroon van strakke sociale controle wordt zowel gevolgd als op een zijspoor gezet door de ouders te vragen Frits intensief te observeren (wat ze toch al deden) en om te registreren zonder in te grijpen. Het bekrachtigingspatroon kan mogelijk worden doorbroken door Frits zich te laten terugtrekken op zijn eigen kamer. De emotionele uiting kan worden gerealiseerd via een dagboek. Het sociale controlepatroon van het gezin kan worden gevolgd door de ouders hierin een rol te geven.

*Interventie:*

De zitting wordt als volgt besloten: 'Frits komt in een leeftijd waarop hij gaat nadenken over de ernst van het leven. Hij is niet alleen gevoelig, maar ook erg serieus.



Zijn twijfels horen bij zijn leeftijd en ze zijn, evenals zijn piekeren, een voorbereiding op de toekomst. Zijn suicide gedachten zijn een symbool van het afsluiten van zijn kinderjaren. Het symbolische blijkt uit het feit dat hij niet echt dood wil. Gelukkig is de gezinsband hecht. Frits heeft die ook nodig. De betrokkenheid is zo groot dat jullie bereid zijn meerdere uren per dag met Frits mee te leven. Helaas heeft dit niet het gewenste effect gehad. Frits is nog niet in staat om zijn gedachten en twijfels onder woorden te brengen. Ik ga jullie allen nu iets vragen, iets wat ik jullie - gezien de hechte gezinsband - toch wel durf te vragen. Frits moet de tijd nemen om te piekeren over de vraag hoe hij zijn leven vorm wil geven; hij moet hierop een antwoord vinden. U moet hem daarbij helpen. U moet hem steunen. Vragen helpt niet, afleiding met karweitjes evenmin. U helpt Frits het beste door hem te adviseren om zich terug te trekken om in alle rust na te denken op zijn kamer. U helpt Frits inzicht te krijgen in zijn piekerfase door de ernst van zijn somberheid te registreren. Frits houdt bij hoeveel tijd hij heeft kunnen besteden aan zijn toekomst door registratie van zijn piekertijd'. Nadat iedereen hiermee heeft ingestemd, wordt de afspraak nader geconcretiseerd. De meest geschikte plaats in huis wordt uitgezocht om te kunnen nadenken. Besproken wordt wat Frits gaat doen als het hem te veel mocht worden. Hij krijgt opdracht om zich 'volledig in te zetten, maar het niet te overdrijven'.

Een nieuwe afspraak volgt een week later. Bij problemen of twijfel zullen de ouders de therapeut bellen. Bovendien worden er twee tussentijdse afspraken gemaakt voor telefonisch overleg tussen Frits en de therapeut.

Tijdens de tweede zitting blijken de klachten verdwenen. De ouders hebben niets waargenomen en Frits heeft niet gepiekerd. Hij voelt zich wat beter en hij heeft zijn

vrienden weer eens opgezocht. De therapeut complimenteert allen en laat blijken verheugd te zijn dat het beter gegaan is. Hij waarschuwt echter voor te groot optimisme. Hij benadrukt het belang van de gemaakte afspraken. De opdrachten blijven gehandhaafd. Frits zal bovendien dagelijks, gedurende een vaste periode, proberen zijn depressieve gevoelens naar boven te krijgen en te verwerken, ook wanneer hij zich niet depressief voelt.

Het vervolg van de zitting wordt verder afgewerkt volgens het 'circularity-model' van Palazolli, et al. (1980). Hieruit blijkt dat Frits ook letterlijk alleen staat tussen de alliantie vader-jongste dochter enerzijds en moeder-oudste dochter anderzijds. Het huilen van het jongste zusje blijkt - in tegenstelling tot dat van Frits - door de ouders wel positief gewaardeerd te worden: 'Zij kropt het niet op; zij uit zich tenminste'. Het belang van het adequaat uiten van emoties wordt besproken. Tenslotte worden de problemen rond de puberteit besproken. De voorbereiding op het 'man-zijn' staat hierin centraal. Van belang is hierbij dat het contact met zijn vader, dat tot stand is gekomen 'dankzij' de klachten, blijft bestaan. Desgevraagd wil vader graag meer samen met Frits gaan doen.

Afgesproken wordt dat ze hierover afspraken zullen maken en de volgende maal zullen rapporteren over de resultaten.

De volgende drie zittingen vinden plaats met tussenpozen van een maand. Naast adviezen over enkele irritaties in het gezin wordt de meeste tijd besteed aan de thema's 'hoe ga je met emoties om' en 'hoe steun je elkaar als het moeilijk gaat'. Frits en vader ondernemen gezamenlijk activiteiten. De depressie en de suïcidegedachten treden niet meer op. Ook niet wanneer aan Frits wordt gevraagd om dagelijks even stil te staan bij zijn depressieve gevoelens, zelfs wanneer ze er niet zijn. Hierop wordt besloten dat

Frits de goede manier heeft gevonden. De gunstige ontwikkelingen op school en met vriendjes onderstrepen dit ook. De behandeling wordt vervolgens afgesloten.

Bij follow-up na een jaar is geen recidief opgetreden. De schoolsituatie en de contacten met vrienden zijn stabiel.

### *Freek: 11 jaar*

Freek wordt aangemeld door zijn vader. Hij zit in de zesde klas. Vanaf de eerste schooldag na de grote vakantie wil hij niet meer naar school. Hij staat op met hoofdpijn en probeert terug te kruipen in bed. Wanneer moeder hem naar school stuurt, gaat hij krijsen en schoppen. Sinds een week gaat hij helemaal niet naar school. Het zusje van Freek zit in de tweede klas. Vader is twee jaar geleden directeur geworden van een middelgroot bedrijf. Het gezin is hiervoor verhuisd van de grote stad naar een groeigemeente waarin vooral moeder zich nog niet thuis voelt. Vader heeft het vreselijk druk in zijn nieuwe baan. De kinderen hebben zich snel aangepast; ze zijn actief en hebben snel nieuwe vriendjes gevonden.

### *Intakegesprek:*

De klachten bestaan sinds vijf weken. Vanaf de grote vakantie maakt Freek ruzie met zijn zusje, hij luistert niet en hij geeft zijn vader een grote mond. 's Nachts kan hij niet slapen. Hij spookt rond in huis en wil bij zijn ouders slapen, wat sinds een week ook gebeurt. Het is begonnen met buikpijn en niet naar school willen. Aanvankelijk hebben zijn ouders hem gestimuleerd, daarna zijn ze boos geworden. Omdat ook dat onvoldoende hielp, hebben ze geprobeerd om door praten achter de oorzaak te komen. Moeder probeert

Freek met zachte drang en begripvol - o.a. met ontbijt op bed - te bewegen naar school te gaan. Bij de deur gaat hij tegenstribbelen. Moeder haalt zijn fiets en probeert hem erop te zetten. Freek gaat gillen en scheldt zijn moeder uit. Uit schaamte voor de burens en uit pure onmacht gaat moeder naar binnen; Freek vindt dat vervelend, zoekt zijn moeder op en wil met haar praten. Wanneer ze samen praten, kan hij echter niets meer zeggen. Moeder krijgt dan medelijden en probeert hem gerust te stellen. Hierna gaan ze samen koffie drinken en boodschappen doen of wandelen.

Op school kan Freek goed meekomen. Zijn cijfers zijn goed. Op zijn nieuwe onderwijzer heeft hij forse kritiek. Een conflict ontstond toen Freek de onderwijzer heeft toegeschreeuwd dat hij te streng was tegen de kinderen in de klas.

De meeste informatie wordt gegeven door moeder. Vader luistert geïnteresseerd, het zusje is druk en beweeglijk. Ze wordt regelmatig gecorrigeerd door Freek die zich verder weinig betrokken toont bij het gesprek. Aanvankelijk reageert hij ontwijkend op de vragen. Hij haalt zijn schouders op en vindt alles onzin. Via vragen over zijn hobbies komt hij wat los. Moeder vraagt hem precies te zeggen wat hij denkt, voelt en wil. Hierbij corrigeert ze regelmatig: 'dat mag je niet denken, dat is niet waar', etc. Door zijn houding en zijn vlakke intonatie maakt Freek een depressieve indruk. Hiernaar gevraagd begint hij te huilen. Al langere tijd, maar de laatste drie weken in toenemende mate, blijkt hij regelmatig te hopen dat hij dood was: 'als ik nu eens niet wakker werd', 'als ik nu word overreden, ben ik overal vanaf'. Ook denkt hij erover na hoe zijn ouders zullen reageren als hij dood is. In deze doodsgedachten neemt hij nooit zelf het heft in handen. Zijn ouders schrikken zichtbaar. Frits beschuldigt nu zijn ouders: 'jullie houden niet van me; ik krijg altijd de schuld'. Moeder ontkent dit als

volgt: 'dat is niet waar, stil nu maar, want je bent helemaal overstuur; je weet best dat we van je houden'.

#### *Overwegingen:*

Freek is een gevoelige jongen die in hevige mate heeft gereageerd op de veranderde schoolsituatie. Hierdoor is hij gaan piekeren. Er is sprake van een depressie zonder vitale kenmerken. De reacties van zijn ouders hebben gewerkt als positieve bekrachtigers (extra aandacht). De bekrachtiging is intermitterend. Zijn thuisblijven speelt mogelijk in op de aanpassingsproblemen van moeder die zich nogal eenzaam voelt na de verhuizing. Er lijkt sprake van wederkerigheid. De schoolproblemen spelen hierbij een rol. Het communicatiepatroon is pathologisch: 'zeg wat je voelt, maar dat mag en kan je niet voelen'.

#### *Interventie:*

Het piekeren wordt geplaatst in een positieve context die past in de levensfase: een gewetensvolle voorbereiding op het ouder worden. De ouders worden geprezen voor hun bezorgdheid, hun inzet en hun invoelend vermogen. Dat deze inzet helaas niet het gewenste effect heeft gehad, wordt betreurd. Hierna wordt het communicatiepatroon 'zeg dat je voelt wat ik wil horen' besproken in een positieve sfeer waarbij de therapeut probeert te voorkomen dat de ouders zich schuldig gaan voelen. De therapeut steunt Freek door uit te leggen dat hij zich kan voorstellen 'dat je niet weet wat je moet doen wanneer je het gevoel hebt dat je beter niet alles kunt zeggen wat je denkt en voelt. In zo'n situatie weet je niet wat je moet zeggen. Maar dat gaat niet want je ouders merken dat er iets schort en die willen niets liever dan je helpen. Als ze vragen, weet jij niet wat je moet zeggen. Enz. enz.

Eigenlijk zijn jullie allen de dupe ervan dat je elkaar zo

graag wilt helpen maar niet goed weet hoe je dat moet doen. Op de lange duur ga je aan jezelf twijfelen. Bij jou komt dat nog eens extra aan omdat je op een leeftijd bent dat er dingen gaan veranderen, zoals een andere school, niet langer een klein kind zijn, enz.' Freek knikt instemmend tijdens deze uitleg. De ouders gaan aarzelend akkoord.

Hierop wordt de afspraak gemaakt dat de ouders proberen te luisteren naar wat Freek bezighoudt zonder commentaar te geven. Freek zal registreren hoe vaak en wat hij zijn ouders vertelt over zijn problemen. Zijn gedachten over doodgaan worden geheretiketteerd als de afsluiting van het oude en de voorbereiding op het nieuwe dat start met de middelbare school. Onder het motto 'geluk gaat boven gewin' zal hij tijd nemen voor zijn piekeren (want goed piekeren is denken naar een oplossing) in een daarvoor gereserveerd hoekje in de kamer. Zijn ouders zullen hem hierbij helpen door hem, zodra zij zien dat hij piekert, hieraan te herinneren. De schoolproblemen worden in dit kader ingepast. De ouders stimuleren Freek slechts éénmaal per dag om naar school te gaan. Freek gebruikt de school om te oefenen in het nemen van besluiten. Hij gaat naar school of hij gebruikt de schooltijd om zijn levensproblemen 'uit te denken'. Het huiswerk zal hij pas na de normale schooltijd maken. Medicatie lijkt niet geïndiceerd. Zo nodig wordt er een gesprek gearrangeerd met de onderwijzer. De therapeut zegt toe hierbij te willen helpen. Een nieuwe afspraak wordt gemaakt voor een week later, met de mogelijkheid dat tussentijds gebeld wordt wanneer dit door Freek of zijn ouders nodig wordt geacht.

Op de tweede zitting - na een week - is de toestand aanzienlijk veranderd. Freek gaat weer naar school. De eerste twee dagen zijn moeilijk geweest. Freek had buikpijn, hilde en schold zijn moeder uit. Deze heeft zich aan de afspraak kunnen houden. Slechts éénmaal drong ze aan om

naar school te gaan. Daarna heeft ze Freek herinnerd aan de afspraak: òf naar school òf als dat niet lukt, nadenken in zijn denkhoek. Freek heeft gekozen voor het eerste. Hij heeft een prettig gesprek gehad met zijn onderwijzer waardoor de grootste spanningen zijn verdwenen. Bovendien is ingesteld om elke dag 's avonds met het gehele gezin de afgelopen dag te bespreken. De therapeut complimenteert iedereen uitvoerig voor de inzet.

De sombere buien zijn nagenoeg verdwenen en sinds de gezinsgesprekken heeft Freek geen gedachten over de dood gehad. Moeder vertelt dat vader eigenlijk niets heeft gedaan en er voortdurend met zijn haren moest worden bijgesleept. In de ruzie die hierover ontstaat, trekt Freek partij voor moeder. De ouders geven aan dat er meer problemen zijn, maar dat ze daarover willen praten zonder kinderen. Dit wordt toegezegd.

De resterende tijd wordt gebruikt om conflicten tussen vader en zoon te bespreken. Dit resulteert in een afspraak tussen beiden om in het weekend gezamenlijke activiteiten te ondernemen.

De opdracht van de vorige keer wordt nog eens herhaald. Onder de motto's 'één zwaluw maakt nog geen lente' en 'beter voorkomen dan genezen' wordt afgesproken dat Freek zo mogelijk dagelijks even stilstaat bij zijn depressieve gevoelens, ook wanneer ze er niet zijn.

Gedachten aan de dood en depressieve buien blijven weg. Tot en met de achtste zitting vinden om en om echtpaar- en gezinszittingen plaats, waarin de nadruk ligt op de gezinsregels en communicatiepatronen. Hierna volgen nog drie echtpaarzittingen.

#### Bespreking.

Bij Frits is een opdracht gegeven om te voorkomen dat de familie zich te veel met hem bemoeit; bij Freek daarentegen

zijn gesprekken met de ouders geadviseerd. Bij Frits is een meer paradoxale aanpak toegepast, terwijl bij Freek veel congruenter tewerk is gegaan (bijv. de uitleg over het communicatiepatroon).

Overwegingen bij dit verschil in aanpak zijn:

Bij Freek is sprake van een 'normale' ontwikkeling waarin vrij recent problemen zijn ontstaan; bij Frits is sprake van een reeds jarenlang bestaand patroon van communicatie via 'ziek gedrag'. Er is sprake van een ingeslepen patroon waarbij zelfs medicatie is gebruikt.

Bij Freek bestaat een goed contact met het derde milieu, met zijn 'peergroup'. Frits daarentegen heeft zich daaruit teruggetrokken binnen het gezin.

De ouders van Freek praten tijdens de zitting open en congruent met elkaar. Hun relatie lijkt ten aanzien van de opvoeding van de kinderen meer symmetrisch dan de relatie tussen Frits ouders.

In het gezin van Freek is het normaal met elkaar te overleggen; in het gezin van Frits heerst meer een houding van: geen woorden, maar daden. Bovendien begonnen de gezinsleden van Frits de zitting met aan te geven dat er geen gezinsproblemen bestonden.

Het is belangrijk om 'routinematig' te denken aan de mogelijkheid van suïcidegevaar bij plotselinge gedragsveranderingen, bij onbegrepen (chronische) klachten e.d.

Suïcidaal gedrag wordt nogal eens voorafgegaan door een periode van depressiviteit (vgl. Otto, 1965, 1972-a, b; Mattson, et al., 1969.; Paulsen, et al., 1978; Pfeffer, et al., 1979). Een depressie kan bij kinderen over het hoofd gezien worden doordat andere klachten meer op de voorgrond treden (zoals de schoolproblemen bij Freek).

Het vragen naar en het taxeren van suïcidale ideatie bij depressie is een vast onderdeel van secundaire preventie



bij suïcidaliteit.

Kinderen met suïcidedgedachten gaan gebukt onder twijfels. Ze hebben ambivalente gevoelens en gedachten. Ze kunnen op een dwangmatige manier piekeren. Deze intra-psychische factoren worden vaak versterkt door de gedragingen van familieleden. De combinatie van piekeren met depressieve, intra-psychische en interactionele facetten doet sterk denken aan dwangdenken. De beschreven behandeling is geënt op de werkwijze bij dwangdenken zoals beschreven door Hoogduin (1981).

Daar bij suïcidegevaar verergering van de toestand direct levensgevaar kan betekenen, moet de therapeut een 24-uurs telefonische bereikbaarheid kunnen garanderen.

Het suïcidale gedrag bij de hier beschreven kinderen is geplaatst in de context van een levensfase waarin veranderingen normaal zijn. Hiermee wordt beoogd dat eventueel aanwezige schuldgevoelens verminderd worden en dat hoop gewekt wordt op verbetering, waardoor alle gezinsleden bewogen kunnen worden tot medewerking. De herinterpretatie van suïcidaal gedrag als 'symbool voor de afsluiting van een levensfase', wordt vrijwel altijd geaccepteerd. Zo ook de heretikettering 'denken tot een passende oplossing is gevonden' voor het piekeren.

De familie wordt geadviseerd om de cliënt niet op te jagen, maar hem alle tijd te geven die hij nodig heeft. Voor het nadenken is een rustige, bij voorkeur vaste plaats nodig waar de cliënt ongestoord kan nadenken. Hierdoor wordt de bekrachtigende werking die de reacties van de gezinsleden hebben, geblokkeerd. De ouders krijgen een observatieopdracht. Dit is nodig om te voorkomen dat de cliënt in de opdracht het bewijs voelt dat hij is uitgestoten; bovendien observeren de ouders toch voortdurend.

De 'nadenk-opdracht' kan de cliënt overspoelen met

angst of met andere emoties. De therapeut moet hiervoor garanties inbouwen zoals 'niet overdrijven', 'als het teveel wordt, moet je even stoppen'. Het is ook werkzaam om te onderhandelen met de cliënt over 'de tijd die je aan één stuk kunt nadenken'. Bij motorisch onrustige cliënten kan de therapeut heel goed het twee-sporen-advies geven: 'je kunt afreageren door te huilen, praten of schrijven, maar ook door bijv. hardlopen, fietsen e.d.'. Voorkomen moet echter worden dat een onduidelijke, vage opdracht ontstaat: zie maar wat je doet.

Het is gebleken dat in gezinnen, waar men erg op elkaar let, separatieadviezen slecht worden opgevolgd. De sociale controle heeft mogelijk een te grote functie. In plaats van de ouders te verzoeken minder op hun kinderen te letten, wordt hen gevraagd dit systematisch te doen. De bekrachtigende werking van de gezinsleden op het gedrag van de cliënt wordt geblokkeerd door de koppeling van een observatieopdracht aan de opdracht het kind aan het werk ('nadenken') te herinneren zodra ze merken dat hij het moeilijk heeft.

Iemand die een suïcidepoging doet, loopt groot gevaar later te overlijden ten gevolge van een geslaagde suïcide (Otto, 1972-a en b; De Graaf & Diekstra, 1980; Diekstra, 1981-a). Bancroft en Marsack, (1977) vonden in 18% een recidief binnen twee jaar. Meerdere auteurs adviseren derhalve tot een langdurige (na)behandeling (Otto, 1972-b; De Graaf & Diekstra, 1980; Wolters, 1981).

Bij de behandeling van suïcidaal gedrag kan echter vaak volstaan worden met een relatief korte, maar intensieve behandeling. Bij de beschreven aanpak wordt de cliënt of het gezin gemotiveerd het contact - ook wanneer de therapie is afgesloten - direct weer op te nemen wanneer zij dit nodig vinden.

Na afsluiting van de behandeling wordt nog zo'n twee

jaar de vinger aan de pols gehouden. Het gezin wordt uitgenodigd te bellen wanneer dit nodig geacht wordt: 'Liever twee keer te vaak, dan één keer te weinig'. Daarnaast doet de therapeut er goed aan door bijv. via halfjaarlijkse telefonische contacten zelf voor een goede follow-up zorg te dragen.

## 3.6 PARADOXALE COMMUNICATIE DOOR GODSDIENSTIG GEDRAG.\*

Ik wil nu laten zien hoe ook godsdienstige problemen in de tussen-menselijke relatie als paradoxen werkzaam kunnen zijn:

1. zij geven controle over de intermenselijke relatie en
2. leiden tegelijkertijd tot een intrapsychisch probleem en
3. verminderen het vrije functioneren.

Een geval van 'religieuze' twijfel.

*Mevrouw A*

Mevrouw A is achter in de dertig, gehuwd en heeft 4 kinderen. Ze heeft in toenemende mate last van depressieve klachten, schuldgevoelens, zich zondig voelen, rusteloosheid en slapeloosheid. Ze kan haar huishouden (dat ze kraakhelder wil zien) niet aan en de kinderen niet baas. Gezinshulpen worden regelmatig weggestuurd, omdat ze niet voldoende netjes werken. Het gezin behoort tot een 'zeer zware' modaliteit van de NH-kerk, zo zwaar zelfs dat de kerkeraad al jaren - tevergeefs - op zoek is naar een predikant die aan haar eisen voldoet. De gemeenteleden worden bijgestaan door een hulpprediker en enkele ouderlingen, waaronder de echtgenoot van patiënte.

De klachten van patiënte gaan zich meer en meer toespitsen op religieuze problemen: ze kan niet meer geloven, niet meer hopen en weet zich verloren en verdoemd; de (haar?) bijbel staat vol zwarte bladzijden. Haar irreëel optimistische echtgenoot probeert haar te overtuigen met de witte bladzijden uit de (zijn?) bijbel. Uren worden besteed aan het uitwisselen van zwarte en witte bladzijden, wat steevast eindigt met een sterkere twijfel en een groter ongelooft van patiënte en een geïrriteerder echtgenoot.

\* Uit: Praktische Theologie (1980), 7,1 : 22-32.

De echtgenoot is een rechtlijnige, zwart-wit denkende man. Vanuit zijn bijbelkennis en positie (ouderling) weet hij overal een antwoord op en heeft hij het gelijk aan zijn zijde. Deze vriendelijke, maar zeer autoritaire man regeert het gezin met een goedbedoelde, maar onontkoombare 'bijbel-vaste' dwang. De echtgenoot roept de pastor te hulp, die ook niet verder kan komen. Ten einde raad wordt de psychiater te hulp geroepen, omdat een vrouw die de bijbel uitleg en het heil van de ouderling (echtgenoot) en de prediker blijft afwijzen, psychisch gestoord moet zijn.

#### *Overwegingen:*

Beoordeeld naar het intrapsychisch niveau moeten we concluderen tot een vrouw, die lijdt aan/onder een geagiteerde depressie. Als zodanig wordt ze door haar omgeving gezien en behandeld. De echtgenoot wordt beschouwd als de spil, die alles nog draaiende houdt. Bezien we het probleem echter op het niveau van het echtpaar (Lange & van der Hart, 1975) dan blijkt hier een machtsstrijd te woeden met als wapens: een depressie en bijbelteksten: cliënte communiceert paradoxaal.

Bezien vanuit de machtsstrijd zit de man verstrikt in een paradoxale situatie: hoe harder hij gaat helpen, des te 'zieker' wordt zijn vrouw; hoe meer hij haar uit handen neemt, des te sterker bevestigt hij haar insufficiëntie, wat haar schuldgevoelens weer doet toenemen. De realiteit is nu dat patiënte, die vroeger niets in de melk te brokkelen had, nu - t.g.v. haar klachten - de lakens uitdeelt (Haley 1963, Watzlawick 1975). Op het eerste gezicht is haar man nog de baas, maar door haar depressie worden al zijn beslissingen ontkracht.

Haar klachten bepalen nu wat er gebeurt, waar, wanneer en hoe.

Middels de symptomen wordt er een paradoxale communicatie

gevoerd (Van Dijck, 1973-a en b, 1974; Haley, 1963; Watzlawick, et al. 1975).

Op dezelfde wijze verloopt de communicatie met de pastor. Patiënte spreekt hem aan op zijn rol als 'verkondiger-van-het-heil', een rol die de pastor accepteert (NPC-series 1969). Naarmate de pastor meer voorbeelden aandraagt van Gods heil, wordt zij depressiever en voelt ze zich meer zondig, omdat ze het niet kan geloven.

Echtgenoot en pastor lopen vast, omdat ze slechts communiceren via de inhoud en hierop ingaan. Het betrekking-aspect met de daaraan gekoppelde machtsstrijd ontgaat hen, evenals de meta-communicatie, die gevoerd wordt (Van Dijck, 1973-a en b, 1974; Haley, 1963; Lange & Van der Hart, 1975). Patiënte is - naar het lijkt - de zwakste, beroept zich op haar zwakte en wordt door anderen (o.a. de gezinsleden) als zodanig bestempeld (depressief). De echtgenoot gaat - overigens met de beste bedoelingen - haar steeds meer taken uit handen nemen, waardoor hij haar depressie steeds opnieuw bekrachtigt, zoals vanuit leertheoretisch gezichtspunt te verwachten is. Hoewel de echtgenoot de sterkste lijkt, blijkt hij echter net zo machteloos als patiënte: hoe hard hij ook zijn best doet, cliënte knapt er niet van op. De echtgenoot bevestigt in het gesprek met de therapeut ook zijn gevoelens van machteloosheid. Cliënte heeft haar eigen gevoel (machteloosheid) nu dus geïnduceerd bij haar echtgenoot (parallelproces).

Alle deelnemers hebben een zekere mate van 'belang' bij het laten voortbestaan van de problemen: de vrouw heeft op meta-niveau macht gekregen, de man heeft geen last van religieuze twijfel en conflicten met de kinderen zolang iedereen wordt gemobiliseerd voor moeders depressie, de positie van de predikant wordt binnen deze geloofsgemeenschap versterkt, wanneer zijn hulp vaker wordt ingeroepen.

### *Interventie:*

Na analyse van het gesprekspatroon stelt de therapeut, aan het einde van het eerste gesprek (dat i.v.m. de apathie van patiënte bij haar thuis moest plaatsvinden), zijn benaderingswijze af op de machtsstrijd. Hij communiceert via een therapeutische paradox. Hij gaat het 'gevecht' aan in een downpositie, waardoor patiënte in de one-up positie wordt gedrongen. Zij krijgt de leiding, maar op een manier die door de therapeut wordt bepaald, waardoor de leiding uiteindelijk toch in diens handen komt. Deze accepteert het ongeloof en de depressie van de patiënte, maar herinterpreteert het tegelijkertijd als het zoeken naar identiteit, als een zinvol proces van afweging, voordat ze tot een besluit komt. Patiënte krijgt de opdracht om de depressie er-uit-te-werken, i.p.v. zich ertegen te verzetten.

Afscheid wordt genomen met het advies: hoe erger u depressief wordt, des te meer werkt u eruit. Deze opdracht is bedoeld om de paradoxale communicatie middels het symptoom te doorbreken (Watzlawick, 1975). Door het symptoom voor te schrijven, beheerst de therapeut de relatie, wat nodig is om de patiënte te helpen.

De religieuze twijfel wordt therapeutisch als volgt aangepakt. Eerst vindt heretikettering plaats: de twijfel is geen ongeloof, maar een teken van een diep geconcentreerde zielestrijd van een tot in de kern van de zaak serieus nemen van het geloof. Hierdoor wordt het betrekingsaspect van de twijfel verminderd. Het strijdelement dat in stand wordt gehouden door een circulair bekrachtigingsproces van twijfel (patiënte) en overreding (echtgenoot) wordt eveneens bestreden met een paradoxale opdracht. Zodra patiënte twijfelt, moet zij 7 maal elk stuk waaraan ze twijfelt, herlezen. Het getal 7, getal van de volheid, is door de therapeut gekozen, omdat het past in het religieuze denkpatroon van patiënte. Dit wordt ook wel

'invoegen' (Minuchin 1973) of 'mimicry' (Lange & Van der Hart, 1975) genoemd. De echtgenoot wordt verzocht om zijn vrouw telkens wanneer ze hem betreft in haar twijfel, te helpen haar zekerheid te vinden door een stereotyp antwoord: 'Ik kan je geen zekerheid geven, die moet je zelf vinden, lees het stuk maar 7 maal'.

Hierop blijkt in de tweede zitting, na aanvankelijk grote problemen, het twijfelgedrag sterk verminderd te zijn (Hoogduin, 1977). Haar apathie is zo ver verdwenen dat cliënte mijn bureau kan bezoeken. Nu de religieuze problemen zijn verminderd, komen de - eraan ten grondslag liggende - relatieproblemen naar boven. Een verdere bespreking hiervan valt buiten dit kader.

Een geval van 'religieus' dwangdenken.

#### *Mevrouw B*

Mevrouw B., gehuwd, moeder van 2 kinderen, wordt door de huisarts aangemeld voor opname in een psychiatrisch ziekenhuis wegens een psychose. Patiënte is afwisselend apathisch, waarbij ze uren aan één stuk voor zich uit zit te staren, en geagiteerd, waarbij ze impulsief naar buiten rent. Ze hallucineert (hoort stemmen), heeft niet te stoppen gedachten (dwangdenken) over zonde en heeft betrekingswanen. De echtgenoot is een stille, wat stugge werker, die zich weinig bemoeit met het huishouden. Hij zorgt naar beste vermogen voor het natje en droogje van zijn gezin, maar laat zich zo min mogelijk in met gezinsproblemen. Hij weert het emotionele contact af met opmerkingen als: 'iedereen heeft wel eens wat', 'niet praten, maar doen', etc.; het laatste brengt hij in praktijk door zijn echtgenote te zeggen hoe hij erover denkt en wat ze moet uitvoeren.

De echtelieden leggen een causaal verband tussen de



huidige klachten en een -vroegere - extramatrimoniale relatie van patiënte. Zij voelt zich zondig en ervaart haar klachten als straf van God. Haar man wil niet over het 'slippertje' praten: 'zand erover' en 'gedane zaken nemen geen keer'. Zijn vrouw probeert hij te helpen met allerlei teksten als 'God is liefde' en het 70 x 7 maal vergiffenis schenken.

Ook de pastor heeft op deze manier met haar gesproken. Hij heeft gewezen op Gods genade en haar opgewekt tot een gelovig hopen en een hoopvol geloven.

Patiënte is echter niet te overtuigen en blijft overtuigd, dat ze verdoemd is en door God wordt gestraft. Het bewijs heeft ze gevonden in Jes. 57:1-14. Ze blijft zich zondig en schuldig voelen over haar buitenechtelijke relatie.

#### *Overwegingen:*

Het is niet zo verwonderlijk dat patiënte niet te overtuigen is wanneer men bedenkt dat deze echtgenoot, in tegenstelling tot het normaliter te verwachten reactie/gedragspatroon, nauwelijks heeft gereageerd, de desbetreffende 'slipper' achteloos terzijde heeft geschoven om een echte ruzie te vermijden. Hierdoor is tevens de mogelijkheid tot vermindering van het schuldgevoel, die gepaard gaat aan een verzoening of verwijdering, verdwenen. Waarschijnlijk heeft de vrouw hieruit de conclusie getrokken, dat zij hem nauwelijks raakt. Aansluitend ontstaat dwangdenken met een religieuze inhoud over een bijbelgedeelte dat handelt over een hoer.

Dit 'religieuze' dwangdenken komt zo centraal te staan, dat het gezin ontwricht raakt; de aanvankelijk zo nuchtere echtgenoot wordt radeloos en gaat zich steeds intensiever bezig houden met zijn vrouw. De man, die vroeger alleen maar kon werken, blijft nu thuis om voor zijn vrouw

te zorgen. Ondanks de goedbedoelde adviezen van familieleden om zich niet zo ongerust te maken en ondanks de verzekering van de pastor, dat God haar niet in de steek laat, treedt er geen verbetering in.

Op het eerste gezicht hebben we te maken met een in het denken psychisch gestoorde vrouw en een welwillende, zich opofferende familie. Vanuit de systeemtheorie kunnen we het probleem anders omschrijven. Het gedrag van de één kan niet losgezien worden van dat van de ander. Er is een circulair proces aan de gang, waarbij de echtelieden elkaars gedrag door positieve bekrachtiging versterken. De symptomen van patiënte, die op intrapsychisch niveau ontregeld zijn, blijken homeostatisch te werken voor het huwelijk; i.p.v. dat er een verwijdering van de echtgenoten optreedt, besteedt de man meer aandacht aan zijn vrouw, de vrouw valt haar man niet langer meer lastig met seksuele problemen en problemen over haar schoonfamilie.

#### *Interventie:*

Met behulp van een heretikettering der klachten wordt getracht de rust in huis te herstellen. Het 'krankzinnige' van het gedrag wordt geneutraliseerd door enerzijds de apathie te omschrijven als een bundeling van energie en een diepe concentratie teneinde een oplossing te vinden en door anderzijds de agitatie te omschrijven als motorisch afreageren van spanning. Medicatie wordt als extra hulp aangeboden.

Het zondebesef wordt - in tegenstelling tot de aanpak van de pastor - niet bestreden, maar overgenomen door de therapeut. Na een heretikettering van het dwangdenken als onbewuste behoefte aan boetedoening, wordt voorgesteld om in plaats van een oncontroleerbare straf (dwangdenken) een controleerbare boetedoening te nemen. Telkens wanneer ze dwanggedachten heeft, moet ze een drieledige boetedoening

doen: 1. driemaal herlezen van Jes. 57:1-14; 2. een dankgebed uitspreken omdat God nog met haar bezig is; 3. een lofpsalm lezen.

Deze vriendelijke acceptatie van de symptomen gekoppeld aan een lastige opdracht heet 'benevolent ordeal' (vgl. Haley, 1963). De symptomen worden hierbij voorgeschreven.

Door de gezinsleden te betrekken bij de opdracht en door het geven van een positieve uitleg van de klachten, wordt gepoogd de individuele symptomen om te zetten in een gezinsprobleem: jullie hebben een probleem, in plaats van zij is gek (Minuchin, 1973).

Reeds na een dag blijkt de rust dusdanig hersteld, dat niemand meer een opname wil. Twee weken later deelt patiënte mede zich steeds slechter te voelen. Bij navraag blijkt dat de adviezen niet meer worden uitgevoerd maar ook dat het dwangdenken is verdwenen. Haar wordt medegedeeld dat adviezen - net als geneesmiddelen - niet werken als je ze niet gebruikt. Bij follow-up een jaar later heeft patiënte geen dwangdenken, ze heeft de - door haar verfoeide - opdracht in totaal zes maal uitgevoerd.

### *Bespreking.*

Religieuze fenomenen als zodanig zijn moeilijk te interpreteren, omdat ze gezien hun metafysisch karakter niet zijn te objectiveren. Enerzijds wordt de gelovige opgeroepen te geloven, d.w.z. spontaan gedrag te vertonen; anderzijds wordt (door de ene kerkelijke groepering meer dan door andere) het onvrijwillige van deze handeling benadrukt: de genade komt van 'Hem die onze naam kende, voordat wij waren'. Dit op zich is een paradoxale situatie, die - mogelijk - de variaties in tekstuitleg kan verklaren.

Ter verduidelijking zij gesteld dat het optreden van pathologisch gedrag niets zegt over het al dan niet bestaan van God en evenmin de integriteit van een geloof aantast:

het verkeerd hanteren van een recept zegt wat over de kok, niet over recept of ingrediënten. Er bestaan zeker situaties waarbij religieuze problemen en/of religieuze twijfel de mist vormen die relatiestoornissen moeten verhullen. In dergelijke problemen is hulp vanuit psychiatrische/psychologische hoek te verkieszen boven pastorale hulp. De beschreven 'gevallen' zijn hiervan extreme voorbeelden.

Vanuit het rolverwachtingspatroon wordt de pastor op een inhoudelijk niveau (religieus probleem) aangesproken, op zijn beroepskenmerken (Kruijne 1977). Men kan hem b.v. zien als: deskundige in de Bijbel, verkondiger van het heil, zaakwaarnemer naar en/of van God; maar ook als verdediger van sociale belangen (Jenner, 1976). Het kerkgenootschap (Van den Berg, 1958 en Becker, 1976) alsook de beoordeling vanuit de eigen en andere groeperingen hebben invloed op zijn rolgedrag.

In de besproken gevallen werd hij ingeroepen als de middelaar Gods. Hij was de autoriteit die de vrouw moest overtuigen. Hij ging derhalve een congruente relatie aan met een systeem waarin paradoxaal werd gecommuniceerd. Doordat hij het betrekkingaspect niet onderkende, accepteerde hij deze rol. Hierdoor werd hij het verlengstuk van de echtgenoot en kwam in de one-down positie t.o.v. de vrouw en kon geen verdere hulp bieden.

De besproken religieuze problemen zijn voorbeelden van een paradoxale communicatie. De communicatiestoornis heeft zich uitgebreid over allerlei gebieden: huishouden, vrijetijdsbesteding, kennissen, opvoeding van de kinderen en ook de religie.

Al deze gebieden kunnen gezien worden als arena's, waarin het betrekkingengevecht: 'Wie is de baas in huis'

wordt geleverd. De godsdienstige inhoud lijkt belangrijk, maar is slechts de kapstok waaraan het betrekkingssconflict kan worden opgehangen.

De pastor is het er (veelal) aan gelegen zijn parochianen het geloof te laten herwinnen (NPC-series 1969); de therapeut wil zijn cliënten afhelfen van hun klachten, ongeacht of hen dit geloviger of ongeloviger maakt. De therapeut is ingegaan op het relationele, het betrekkingaspect. Hij accepteerde de klachten zoals ze werden gebracht zonder er tegenin te gaan; hij ging mee met cliënten (Lange, 1977). Hierdoor bleef hij buiten de directe machtsstrijd en kon hij o.a. met zijn paradoxale opdrachten de cliënten helpen.

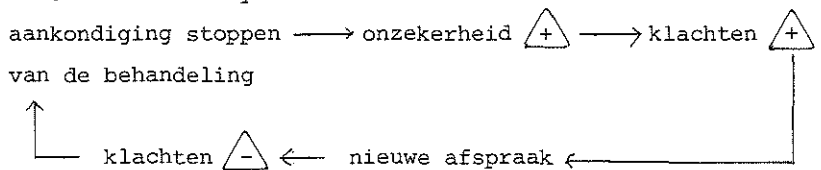
## 3.7

## DE TEGOEDBON:\*

een hulpmiddel tegen behandelingsverslaving.

Naast mensen die hun behandeling voortijdig afbreken, kennen we patiënten die bang zijn voor de beëindiging ervan. Volgens hun therapeut kunnen ze best op eigen benen staan, maar zelf zijn ze daar allerm minst van overtuigd. Sterker nog, ze weten zeker dat het fout zal gaan. Het toenemen van klachten nadat het afbouwen van de behandeling ter sprake is gebracht, lijkt hen nog gelijk te geven ook. Hun nieuwe, of oude maar verhevigde, probleem wordt weer aangepakt en de behandeling wordt vervolgd.

Toch is dit niet altijd een juiste gang van zaken. In gevallen waarin de behandelaar een verdere verzelfstandiging door middel van het afbouwen/beëindigen van de behandeling geïndiceerd acht, kan zo'n "vervolgbehandeling-in-afleveringen" schadelijk genoemd worden voor de patiënt. Van de nadelige aspecten wil ik er slechts enkele noemen. De mogelijke anticipatie angst voor de afsluiting van de behandeling vermindert niet, wordt mogelijk zelfs versterkt door de onderstaande cyclus:



Het zelfvertrouwen krijgt zodoende geen gelegenheid te groeien. Patiënten met sociale angst zullen de stap naar niet-hulpverleningscontacten niet hoeven en derhalve niet durven maken. Analooq aan het hospitalisatiesyndroom zou men deze hulpverleningsartefacten het poliklinisatiesyndroom kunnen noemen.

\* Eerder verschenen in: Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid (1984, 39, 11).

Aan de hand van twee gevalsbeschrijvingen wordt een aanpak gepresenteerd waarbij aan patiënten die opzien tegen de afsluiting van hun therapie in plaats daarvan een extra serie afspraken wordt aangeboden. Deze aanpak is in de praktijk bruikbaar gebleken. Het idee ervoor is ontleend aan Van Dijck en Hoogduin (1977).

#### Gevalsbeschrijving.

##### *Mevrouw Jansen.*

Mevrouw Jansen wordt op 25-jarige leeftijd aangemeld door haar huisarts wegen depressieve buien met agressieve uitbarstingen. Ze komt samen met haar partner. Haar voorgeschiedenis is een triest verhaal van buiten de boot vallen. Ze is het vierde kind uit een welgestelde familie van goede 'komaf'. Als enige heeft ze minder goed kunnen leren; haar huishoudschool stak schril af bij de universitaire opleidingen van haar oudere broers en zuster. Wegens ruzies thuis is ze geplaatst in een internaat, waarna ze nog drie maal is overgeplaatst naar een ander tehuis wegens onhandelbaar gedrag. Volgens haar zelf wegens gebrek aan begrip en genegenheid. In het laatste tehuis heeft ze haar huidige vriend leren kennen. Zijn voorgeschiedenis is niet vrolijker dan de hare.

Beiden hebben het tehuis al weer enkele jaren geleden verlaten en wonen ieder op zichzelf in verschillende steden. Van correspondentievrienden werden ze levensgezellen in wat je een weekendrelatie zou kunnen noemen. Beide werken op een sociale werkplaats maar niet op dezelfde. Dit verhindert een permanent samenleven.

Geen van beiden kan verhuizen. Een woonvergunning wordt alleen afgegeven aan personen die economische binding

hebben in de nieuwe gemeente. Geen van beide sociale werkplaats wil een plaatsingsaanvraag in behandeling nemen van mensen woonachtig buiten het eigen rayon. Zo voelen ze zich al drie jaar van het kastje naar de muur gestuurd, wat zijn uitwerking op de depressieve buien niet heeft gemist. De depressie is niet vitaal gekleurd en wordt in sterke mate bekrachtigd door de reacties van haar partner; hetzelfde geldt voor de agressieve buien.

De taxatiefase wordt afgesloten met overeenstemming over de volgende werkpunten:

de depressie en agressieve buien, de verwerking van het verleden, de relatie tot de wederzijdse ouders, de huisvesting en het werk.

De partner zal actief meewerken aan de behandeling die zal verlopen in series van vijf zittingen, waarna evaluatie volgt om te bezien of een nieuwe serie nog wel zinvol is.

De depressie verdwijnt vrij snel na de paradoxale opdracht om niet langer tegen haar depressie te vechten ("want dat helpt toch niet"), maar deze middels registratie te onderzoeken. Evenzo de agressieve buien, nadat ze dagelijks een half uur vroeger dan normaal is opgestaan om mogelijk opgekropte agressie eruit te werken. De registratie van ieder gedrag biedt ruimte voor zelfinzicht en kijk op de gevolgen van het eigen gedrag. Dit maakt een congruente benadering mogelijk waarin klagen wordt vervangen door probleemoplossend gedrag. Al vroeg in de behandeling, na het verdwijnen van de depressie, is er sprake van een overdrachtsrelatie. De therapeut maakt hiervan gebruik om hen te motiveren tot het nemen van vaak moeilijke stappen. In plaats van het bedelen om genegenheid van de ouders wordt een plan ontwikkeld hoe ze hun ouders op de hoogte gaan stellen van hun toekomstplannen. Met rollenspel en anticiperende begeleiding wordt dit voorbereid. De verhoudingen verbeteren er objectief gezien niet door. Subjectief wel,



doordat ze duidelijker worden en beter te hanteren. Het regelen van huisvesting en werk doen ze voornamelijk zelf. De therapeut beperkt zich tot: concretiseren van wensen, verduidelijken van sociale regels, anticiperende begeleiding en steun bij tegenvallers.

Na een behandeling van veertien maanden acht ik ze zelfstandig genoeg om op eigen kracht de problemen te lijf te gaan. Beiden reageren verschrikt en met een terugval in klaaggedrag. Overtuigd van hun mogelijkheden besluit de therapeut de terugval niet te honoreren met frequentere afspraken, noch met verlenging van de behandeling, waarvan een bekrachtiging van dit 'terugvalgedrag' is te verwachten. De therapeut concludeert dat er gezien het klaaggedrag, sprake is van een status quo in hun ontwikkeling. Hij legt hen de keus voor of de volgende vijf zittingen mogelijk te verknoeien aangezien een status quo weinig of geen gelegenheid tot verbetering biedt of een tegoedbon. De therapeut benadrukt dat hij hun het liefst een garantie wil geven waardoor ze zeker zijn altijd terug te kunnen komen. Ze kiezen voor de tegoedbon. Na een week bellen ze me op. Het probleem hoor ik aan en vraag of ze een idee hebben tot wat voor oplossing we tijdens een zitting zouden komen. Na ongeveer twintig minuten hebben ze een oplossing waarin ze zelf heil zien. Aansluitend herinnert de therapeut zich 'opeens' dat ze belden om iets te bespreken. Hij vraagt of ze soms één van de vijf tegoedzittingen wilden opmaken. Het antwoord laat zich raden: ze weten nu wat ze moeten doen en zien af van een afspraak. Twee weken later nog zo'n telefoon; daarna niets meer. Nog wél, een jaar later, een verhuisbericht. Via de huisarts blijf ik op de hoogte. Nu, vijf jaar later, redden ze zich nog steeds zonder hulp vanuit de GGZ; hun consumptief gedrag bij de huisarts is niet afwijkend van de doorsnee patiënt.

*Bespreking.*

Bij patiënten waarbij sprake is van recidiverende klachten zoals deze kunnen optreden bij een manisch-depressieve psychose, liggen de problemen meer complex. Enerzijds dient zeker voor hen de continuïteit van zorg gegarandeerd te zijn, maar anderzijds moet het streven gericht blijven op herstel.

Bij deze afweging lijkt mij de lengte van het vrije interval naast de ernst van het beeld een zeer belangrijke rol te spelen. Indien het vrije interval langer is dan een jaar acht ik doorlopende nacontrolebezoeken voor meerdere patiënten nadelig. Het benadrukt onnodig het ziekteproces en werkt verstorend op het normale leefritme en in de werksituatie.

Een bruikbaar alternatief wil ik proberen te adstrueren met een voorbeeld.

*Gevalsbeschrijving.**Meneer Kousemaker.*

Meneer Kousemaker, een 39-jarige psychasthene weifelaar is aangemeld wegens religieuze twijfel. Als oorzaak diagnosticeert de therapeut een vitale depressie bij een manisch-depressieve psychose. Over zijn ziektegeschiedenis en behandeling die elders zijn beschreven, zal ik niet verder uitwijden (Jenner, 1981-b). Kousemaker durft, hoewel de depressie verdwenen is, zijn behandeling niet af te ronden. Omdat het vrije interval meerdere jaren heeft bedragen en omdat hij goed reageert op behandeling vindt de therapeut afsluiting verantwoord. Hij acht verdere nazorg nadelig voor het toch al broze zelfvertrouwen van Kousemaker. Deze blijft echter vasthouden aan zijn laatste tablet Anafranil 10 mg. De therapeut accepteert dit, maar koppelt er wel een status quo afspraak aan vast. Kousemaker zal een nieuwe afspraak krijgen over drie maanden of zoveel eerder als hij

verandering van medicatie wenst. In de tussentijd zal hij samen met zijn vrouw dagelijks op een vast tijdstip middels een stemmingsmeter en de huwelijksgeluksschaal van Azrin de afgelopen dag waarderen.\* Minimaal één week zal hij geen Anafranil gebruiken. Aan de hand van de dagrapporten zal het verdere beleid worden bepaald.

Zo'n twee maanden later word ik opgebeld. Het echtpaar Kousemaker heeft zelf geconcludeerd dat de situatie niet verslechterd is met het stoppen van de medicatie.

Na zijn durf geprezen te hebben, luidt mijn advies ongeveer als volgt: niets forceren, pas echt stoppen als je het aandurft.

Een maand later blijkt de toestand van Kousemaker ongewijzigd; hij gebruikt nu 6 weken geen medicatie meer.

Afgesloten wordt met anticiperende begeleiding over hoe te handelen bij mogelijke terugval, recidief of twijfel hierover. Om te grote bekrachtiging van het ziektegedrag te voorkomen, zal hij mij op de hoogte houden van veranderingen ten goede en ten kwade in zijn leven. Het echtpaar gaat ermee akkoord dat ik jaarlijks via de huisarts verneem hoe de medische consumptie in het afgelopen jaar is geweest.

\* Zwaartillende mensen hebben de neiging om zich voornamelijk negatieve gebeurtenissen te herinneren en om positieve ervaringen te vergeten. De genoemde instrumenten 'dwingen' de patiënt om op vaste tijden zowel positieve als negatieve ervaringen uit te drukken in maat en getal. Hoe minimaal hij de ervaring ook waardeert als positief, het is niet meer een totaal negatieve dag. Zou de patiënt vrij zijn in de keuze van het tijdstip van waardering dan zal hij als 'zwartkijker' de neiging hebben om te registreren op momenten die hij als negatief ervaart. De keuze van vaste tijdstippen verhoogt de kans dat ook positieve momenten worden gevangen. Voor een uitvoeriger beschrijving zij verwezen naar Lange & Van der Hart hfdst. 5.3.5. en bijlage 5(1979). Op de huwelijksgeluksschaal moet de patiënt een waardeoordeel geven over een breed terrein en krijgt tevens informatie over hoe zijn partner vindt dat hij op deze terreinen functioneert. Een uitvoeriger beschrijving is te vinden bij Azrin, et al. (1973) en Jenner (1978-a).

Drieëneenhalf jaar later is er geen recidief, wel ontving ik een geboortekaartje van hun derde kind.

### *Discussie.*

Met de "tegoedbon" wordt nu ruim zeven jaar gewerkt. Problemen hebben zich voor zover mij bekend, niet voorgedaan. Wanneer we de informatie van de huisarts als referentie nemen zijn de "tegoedbon-patiënten" teruggekomen voor een voortgezette behandeling of redden ze zich zonder professionele GGZ-hulp.

Het merendeel is verlopen als bij mevrouw Jansen. Een klein deel heeft nieuwe afspraken nodig. Dit betreft voornamelijk mensen met recidiverende psychiatrische beelden en chronische patiënten, waarbij wordt gepoogd de chronische afhankelijkheid te wijzigen in een patroon van hen-leren-hulp-te-vragen-wanneer-dit-nodig-is. Dit onderscheidt hen overigens niet van de groep die geen nieuwe afspraken blijkt nodig te hebben. Ook daarin vinden we patiënten met een diagnose van chronische of recidiverende psychiatrische beelden. De therapietrouw kan groot genoemd worden.

### 3.8 OPLEIDINGSASPECTEN.

De beschreven technieken, noch de attitude zijn nieuw. Het vernieuwende element van OVS moet worden gezocht in de combinatie ervan en het selectieve gebruik dat ervan wordt gemaakt. Een vereiste hierbij is dat kennis van en ervaring met de beschreven aspecten aanwezig is. De populatie waarmee een crisisdienst te maken krijgt, maakt het noodzakelijk dat deze kennis verschillende leeftijdsgroepen bestrijkt. Voor een crisisdienst die met OVS wil gaan werken betekent dit:

- parate kennis van:

somatische ziekten die psychi(atri)sche symptomen kunnen veroorzaken; psychofarmaca; psychopathologie en psychodynamiek; crisistheorie; sociale- en krankzinnigenwetgeving; sociale psychologie; leertheorie; systeem- en communicatietheorie; sociale kaart van de gezondheidsregio; gesprekstechnieken en gespreksmodellen;

- ervaring in:

taxatie en (psycho)diagnostiek; omgang met psychiatrische patiënten en met verslaafden; crisisaanpak; motivatietechnieken; psychotherapeutisch werken met congruente- en paradoxale technieken en in consultatie;

- attitude:

de 'crisopeut' moet slagvaardigheid tonen zonder onrustig te worden. Hij dient flexibel te kunnen inspelen op de ontwikkelingen van de crisis zonder de rode draad uit het oog te verliezen. Een optimistische visie, zonder almachtsfantasieën is gewenst; het kunnen hanteren van tegenoverdracht en onmachtsgevoelens is noodzakelijk.

Bijscholing en nascholing blijven nodig om de kennis paraat te houden. De ervaring in de verschillende technieken kan het beste worden verkregen onder supervisie, waarna het middels intervisie op peil gehouden kan worden. Het

periodiek doen superviseren van een crisisbehandeling kan een soort groepsblindheid voorkomen. Hoewel de attitudevorming in de meeste opleidingen uitvoerig aan de orde komt, wil ik leertherapie, gericht op tegenoverdracht, almachtsfantasieën en het omgaan met gevoelens van onmacht, ten sterkste aanbevelen. Intervisie kan voorkomen dat eigen normen en waarden een te grote rol gaan spelen.

Waar crisisinterventie wordt toegepast door meerdere personen kan spraakverwarring optreden. Omdat iedere discipline een eigen vakjargon hanteert en in de opleidingen een discipline-eigen semantische conditionering heeft doorge maakt, neemt de kans op spraakverwarring toe naarmate het aantal disciplines groter is (vgl. Ris & Diederiks, 1974). Om deze spraakverwarring zo klein mogelijk te houden, is het nodig dat alle medewerkers een zekere kennis hebben van elkaars werkterrein.

Een tweede grote storende factor zijn de territoriumgevechten tussen de verschillende medewerkers. Goede regelingen over verantwoordelijkheden zijn derhalve onmisbaar. Verantwoordelijkheid in deze betekent dat in geval van urgentie duidelijk is wie een doorslaggevende stem heeft. Minder belangrijk is of dit wordt gebonden aan personen of aan disciplines. Voor sommige taken zal dit, mede vanwege wettelijke regels disciplinegebonden moeten zijn; het medicatiebeleid en de geneeskundige verklaringen in het kader van de KZ-wet zijn hiervan goede voorbeelden. Voor zover dit instellingen voor gezondheidszorg betreft, gelden hiervoor de regels van medische verantwoordelijkheid en gedelegeerde taken. Verantwoordelijkheid betekent tevens het afleggen van verantwoording. Deze dient zo te zijn geregeld dat de consument de hulpverlening/hulpverlener ter verantwoording kan roepen en dit waar nodig juridisch kan realiseren.

Scholing in en begeleiding bij deze samenwerkingsproblemen kan botsingen tot een minimum beperken.

## Hoofdstuk 4

### De opnamestroom naar psychiatrische ziekenhuizen en de mogelijke invloed hierop van opnamevoorkógende strategieën

- 4.1            Inleiding.
- 4.2            Methodiek.
- 4.3            Analyse van het opnamepatroon in het beloop van de tijd.
- 4.4            Discussie.
- 4.5            Tenslotte.
- 4.6            Tabellen.

Wie de systematiek kent, hoeft niet waar te nemen, hij' rekent alles uit.

W.F. Hermans, 1979

\* Eerder verschenen als publicatie nr. 50 (1983, J.A. Jenner & M.M. Nagels. Inst. Prev. & Soc. Psychiatrie, Erasmus Universiteit, Rotterdam).





## VOORWOORD

Dit onderzoek is geboren uit de geoperationaliseerde ideologie dat het bieden van een alternatief voor een opname in het psychiatrisch ziekenhuis (APZ) in het belang is van de GGZ in zijn geheel en voor de betrokken patiënt en diens familieleden in het bijzonder. Wij hopen dat anderen door dit onderzoek gestimuleerd zullen worden tot het werken met OVS.

In de eerste paragraaf wordt deze ideologie onderbouwd met onderzoeksgegevens over de effecten en bijwerkingen van psychiatrische opnamen. Vergelijkende onderzoeken tussen kortdurende en langerdurende opnamen en tussen opname en ambulante crisisinterventie staan hierin centraal. Daarnaast wordt beschreven hoe de elders beschreven alternatieven (opnamevoorkomende strategieën) zijn ontwikkeld. (Vgl. Hoogduin & Den Haan, 1979; Hoogduin & Druijf, 1980; Jenner, 1982; Jenner & Henneberg, 1982).

In de tweede paragraaf wordt de bedoeling van het onderzoek: de ontwikkeling van opnamepatronen in de loop van de tijd en de invloed hierop van opnamevoorkomende strategieën verantwoord. Evenzo de gevolgde methoden van onderzoek, zoals de keuze van het onderzoeksveld, de geraadpleegde databronnen, de doelgroepen en de gebezigde statistische analyses en de grenzen waarbinnen het onderzoek zich afspeelt.

De statistische analyses van het totaal aantal opnamen en van de ontwikkelingen per opnemend kanaal in de loop van de tijd zijn gebundeld in de derde paragraaf. Dit maakt deze paragraaf moeilijk leesbaar. Ter bevordering van de leesbaarheid zijn zo min mogelijk tabellen verwerkt in de tekst. Deze zijn zoveel mogelijk gebundeld en geplaatst na de tekst.

Lezers die voornamelijk zijn geïnteresseerd in de conclu-

sies van het onderzoek verwijzen wij naar de samenvatting in paragraaf 4.2.2.3. De zeer grote landelijke toename van het totale opnamepromillage en het aandeel hierin van de niet door psychiaters gestelde opname-indicatie, maar ook de gevonden afname van het aantal opnamen ten gevolge van de OVS vinden wij hierbij het meest opvallend.

Onze overwegingen en beschouwingen over de gevonden ontwikkelingen en wijzigingen in het opnamepatroon zijn verwoord in paragraaf vier, waarbij we ons onderzoek afsluiten met een voorstel voor verder onderzoek ten bate van de planning van de geestelijke gezondheidszorg en met een aanbeveling ten aanzien van een mogelijk noodzakelijke prioriteitskeuze hierin.

## 4.1

## INLEIDING

De laatste decennia is in toenemende mate kritiek uitgeoefend op het psychiatrisch ziekenhuis. (vgl. 'Alternatieven voor het psychiatrisch ziekenhuis', 1980 en 'Modern ingericht', 1982). Dit geldt meerdere facetten zoals de architectuur, de organisatiestructuur, e.d.. Het meest opvallend echter is de kritiek op de wijze van behandeling. Binnen de vraagstelling van dit onderzoek zijn de kritiek op de opnameprocedures, op de niet-objectiveerbare, noch overdraagbare opnamecriteria belangrijk. Evenals de mogelijke bijwerkingen van (langdurige) psychiatrische opnamen zoals vervreemding, uitstoting en het hospitalisatie syndroom.

Hoewel niet alle critici in hun kritiek op de intramurale geestelijke gezondheidszorg even genuanceerd waren, heeft deze kritische beweging toch een aantal belangrijke andere visies op patiënten, hun symptomen en de hieraan verbonden maatschappelijke aspecten mogelijk gemaakt (vgl. Querido, 1936; Goffman, 1959, 1961 en 1963; Scheff, 1963-a en b, 1966; Cooper, 1968, 1970; Basaglia, 1980). De attributietheorie bijvoorbeeld heeft het belang van cognitieve aspecten in het voortbestaan van psychisch dysfunctioneren belicht (vgl. Jones, et al. 1972). Op het therapeutisch vlak zijn hieruit de reattributie technieken voortgekomen zoals cognitieve gedragsmodificatie (vgl. Seligman, 1974; Meichenbaum 1974, 1981) en de RET (vgl. Diekstra, 1976). De 'General Systemstheory' heeft de interactionele- en communicatieve aspecten van 'ziek-gedrag' onderzocht (vgl. Bateson, et al. 1956; Watzlawick, et al. 1970). Begrippen als patiëntisatie, hospitalisatie, learned helplessness, uitstoting en homeostase hebben begrijpelijker gemaakt hoe symptomen kunnen ontstaan, welke functie ze kunnen hebben en hoe deze op het eerste gezicht ontwrichtende verschijn-

selen, ondanks een duidelijk voelbaar en voor anderen zichtbaar lijden - zoals bijvoorbeeld bij psychosen - een samenbindende functie kunnen hebben. (vgl. Bateson, 1956; Haley, 1959, 1963; van Dijck, 1973-a en b, 1974; Palazolli, et al., 1976, 1979). Ook het mechanisme van heropnamen kan vanuit de functie die symptomatisch gedrag heeft, beter worden begrepen.

Het zou echter onjuist zijn deze hypothesen te hanteren als bewezen verklaringsmodellen. Even onjuist is het een beschuldigende vinger op te heffen naar de intramuraal werkende hulpverleners. Ook zij beogen immers het welzijn van de mens in psychische nood.

De verschillende motieven die kunnen leiden tot een opname in het APZ en de nadelen die daaraan inherent zijn, zijn uitvoerig beschreven door Jenner & Frets (1981). Op verschillende manieren is geprobeerd deze nadelen weg te nemen (Laing, 1961; Laing & Esterson, 1964; Cooper, 1968, 1970; Foudraine, 1971; Basaglia, 1980). Een goed overzicht hiervan geeft Trimbos (1978).

Reeds in de jaren vijftig werden in Engeland en in Amerika argumenten aangevoerd voor deinstitutionalisering van de psychiatrische ziekenhuizen. (Vgl. Solomon, 1958; Alternatieven voor het psychiatrisch ziekenhuis, 1980 en Modern ingericht, 1982.) Sinds in 1963 in Amerika de Mental Health Centre's Act van kracht is geworden, werden in sommige gebieden op een radicale manier (chronische) psychiatrische patiënten ontslagen uit de State Hospitals. Het doel werd echter voorbij geschoten. Vele ex-patiënten verpauperden of raakten in het justitiële kanaal (vgl. Attkinson, 1975; Greenblatt & Glazier, 1975; Gersons, 1982; Haveman, 1982). Het simpelweg sluiten van psychiatrische ziekenhuizen zonder het kunnen aanbieden van alternatieven moet een mislukking worden genoemd. De discussie over zinvolle alternatieven is in Nederland gelukkig gaande (vgl. Alternatieven

voor het psychiatrische ziekenhuis, 1980; Modern ingericht, 1982; Van der Heide & Van Ree, 1982; Höppener et al., 1983-a en b). Bij deze alternatieven wordt de nadruk vooral gelegd op structuurveranderingen in de gezondheidszorg, op bouwkundige varianten en op methoden om - in de maatschappij - een mentaliteitsverandering t.a.v. psychische stoornissen in gang te zetten. Nade worden concrete manieren van omgaan met de patiënt en van ondersteuning van het directe leefmilieu hierin gemist. Het zoeken naar een goed referentiekader lijkt nogal eens te ontaarden in dogmatisch gekraakel. Mogelijk wordt dit, zoals Jenner & Frets (1980) hebben beschreven, (mede) veroorzaakt doordat de auteurs onvoldoende hun eigen mensvisie en de visie op hulpverlening waarop zij hun betoog baseren, expliciteren.

Zoekend naar ambulante alternatieven voor een opname hebben enkele veldteams van de Stichting Geestelijke Gezondheid Zuid-Holland (SGGZH) vanaf 1973 in de dagelijkse praktijk van de sociale psychiatrie, OVS ontwikkeld. De gedachte dat een gedeeltelijke sluiting van het psychiatrisch ziekenhuis pas gerealiseerd mag en kan worden nadat de ambulante geestelijke gezondheidszorg voldoende alternatieven kan bieden voor een opname vormde hiervoor de basis (vgl. Hoogduin & Van den Bosch, 1978). De ontwikkeling van OVS is een proces van trial and error en van empirische ondervinding gebleken. Het zoeken naar alternatieven voor een opname in het psychiatrisch ziekenhuis staat bij deze technieken centraal. Bewust spreken wij (i.t.t. Hoogduin & Van den Bosch, 1978) niet over opnamevermijding. Vermijding zou het weglopen voor opnamen (en dus van de patiënt), een er niet verantwoordelijk voor durven/willen zijn, kunnen suggereren. Hierdoor zou de psychiatrische patiënt tussen wal en schip dreigen te geraken (vgl. Giel, 1979; Schudel,

1979-a, b en c; Gersons, 1982; Haveman, 1982). Bij OVS daarentegen accepteert de hulpverlener het aangeboden probleem als een vraag om hulp. Hij neemt hierdoor in meer of mindere mate een stuk verantwoordelijkheid over van (het) de cliënt (systeem) en van de verwijzende hulpverlener (huisarts, e.d.).

Voor een uitvoeriger beschouwing van de achtergronden van OVS verwijzen we naar Jenner & Frets (1981). Gedetailleerde beschrijvingen van de gebruikte methodieken aan de hand van casuïstiek besprekingen vinden we bij Hoogduin & Den Haan (1979), Hoogduin & Druijf (1980), Jenner & Henneberg (1982), Jenner (1982-a) en Van de Velden (1982). Jenner (1982-a) geeft een overzicht van mogelijk werkzame factoren.

De beschreven technieken mogen zeker niet worden opgevat als een panacee. Wel wekken zij de hoop dat hierdoor vele opnamen voorkomen kunnen worden. Ook bij zwaar psychiatrisch gestoorde patiënten.

In deze studie willen we onderzoeken via welke instanties patiënten worden opgenomen in het Psychiatrisch Ziekenhuis, de Psychiatrische Universiteitskliniek en de Rijkspsy psychiatrische Inrichting voor psychisch gestoorde delinquenten. Deze studie onderzoekt niet de PAAZ-opnamen, noch mogelijke relaties tussen PAAZ- en APZ-opnamen en evenmin de invloed van OVS op deze factoren. Hiervoor is een ander onderzoek in voorbereiding. De beperking tot APZ-opnamen berust op zowel methodologische overwegingen (zie 4.2.3.) als op ideologische. Een PAAZ wordt door de gebruikers veelal als minder bedreigend ervaren dan een APZ. De PAAZ heeft niet alleen psychologisch, maar door de binding aan een algemeen ziekenhuis, ook topografisch, een lagere drempel.

De afstand van de gebieden I, II en III (zie bijlage 1) tot het APZ vormt voor de familie regelmatig een onoverkomelijk

obstakel voor de deelname aan gezinstherapie (zie 4.4.4.). Ongeacht de oorzaak van de psychische decompensatie is er bij een verzoek tot opname altijd sprake van verstoorde relaties. De afstand tot de PAAZ vormt een geringere belemmering voor het betrekken van sleutelfiguren bij de behandeling dan de afstand tot het APZ. Om deze reden hebben wij onze OVS in het eerste jaar gericht op verzoeken tot opname in het APZ.

In latere jaren werden OVS aangeboden bij elke vraag tot opname. Wij hebben onderzocht de verwijskanalen: Totaal, Sociaal Psychiatrische Diensten (SPD), Vrijgevestigde zenuwartsen en psychiaters (VZA), Poliklinieken van algemeen psychiatrische ziekenhuizen (poli APZ), Huisartsen, andere artsen/specialisten, Justitie, Anderszins en Onbekend. De SPD's, de VZA's en de poliklinieken van het APZ zijn samengevoegd tot: het Psychiatrisch Kanaal; de huisartsen en andere artsen/specialisten en VZA's tot: het Medisch Kanaal.

Bovendien wordt onderzocht of OVS ook werkelijk meewerken aan een afname van het totaal aantal opnamen binnen een regio.

Daartoe vergelijken we de opnamecijfers van twee gebieden van de SGGZH, waarin de SPD deze technieken vanaf 1973 consequent is gaan toegepassen, met de opnamecijfers van een ander gebied van de SGGZH, waarin deze technieken niet of minder consequent werden gehanteerd, en tevens met de landelijke cijfers. De keuze van deze gebieden wordt verantwoord evenals de keuze van statistische bewerkingen. Tenslotte worden de bevindingen, hun mogelijke oorzaken en eventuele consequenties en daaruit resulterende beleidsvoorstellen besproken in een discussie.

## 4.2 METHODIEK

### 4.2.1 De opzet van het onderzoek

Zoals wij vermeldden in de inleiding, zijn de OVS geleidelijk aan in de praktijk, ontwikkeld. Pas nadat wij in individuele gevallen hadden ervaren dat OVS effect sorteerden, is de behoefte ontstaan onderzoek te doen naar de mogelijke invloed ervan op de opnamestroom naar het APZ.

Het alsnog formeren van een controlegroep, nadat was gebleken dat de gebruikte strategieën werkten, achtten wij op ethische gronden niet verantwoord. Evenmin bleek een wetenschappelijke proefopstelling verenigbaar met de realiteit van de sociaal psychiatrisch praktijk. Van een prospectief dubbelblind onderzoek naar de gevolgen van OVS hebben wij derhalve afgezien. Ook andere overwegingen hebben hierin meegespeeld.

Voor een beoordeling van OVS zijn kwantitatieve gegevens gewenst over het aantal vragen om opname, de keren dat hierbij OVS werden toegepast en over het succespercentage ervan.

Kwantificeren van de vraag tot opname en van het percentage OVS dat hierbij wordt toegepast, vereist een basismeting van deze vraag vóórdat wordt gestart met OVS. Aangezien wij reeds waren begonnen met de toepassing van OVS-in-de-praktijk voordat wij startten met het onderzoek naar het effect van OVS, was deze basismeting in ons onderzoeksgebied niet meer mogelijk. Retrospectieve meting bleek evenmin mogelijk. Door de ontstaanswijze van OVS door middel van trial-and-error, werd achteraf - op basis van het resultaat - vaak pas bepaald of een aanpak het predikaat OVS kon krijgen. Uit een steekproef van de patiëntenstatussen bleken OVS niet zodanig te zijn geregistreerd dat hierop valide conclusies gebaseerd konden worden.

Door middel van OVS wordt getracht een opname te voorkomen. Dit impliceert dat er een wens tot opname bestaat. Wanneer



is er echter sprake van een wens tot opname? Hoe frequent en intensief moet deze wens kenbaar worden gemaakt? Vormen verbale uitingen hiervoor een goede graadmeter of zijn gedragskenmerken bepalend? Moeten zulke uitingen objectieverbaar zijn of volstaat de interpretatie van de hulpverlener? Dienen onbewuste wensen gemeten te worden en zo ja hoe? Wiens wens telt: die van de patiënt, van de familie, van de politie of die van de huisarts? Welke wens geeft de doorslag wanneer de respectieve partijen verschillend denken over de wenselijkheid dan wel de noodzaak van een opname? Gesteld dat het mogelijk is hiervoor eenduidige criteria vast te leggen, dan nog bemoeilijken OVS door hun effect zelf een kwantificeren van de vraag tot opname. De toepassing van OVS beïnvloedt namelijk de hulpvraag van de verwijzers. Zodra duidelijk werd in de gebieden I en II, dat elke bemoeienis van de SPD met een vraag omtrent opname, resulteerde in een poging tot het vinden van alternatieven daarvoor, is het aantal verzoeken tot opname afgenomen ten gunste van een toenemende vraag om overleg over de meest geëigende aanpak\*. Wij hebben op grond van deze aspecten gekozen voor een retrospectief onderzoek met alle daaraan verbonden restricties.

Ter illustratie kan een subregio dienen van gebied II. De resultaten van OVS hebben daar in 1976 geleid tot een verzoek van alle huisartsen aan de SPD om training en consultatie. Vanaf 1977 hebben geen opnamen meer plaatsgevonden buiten de SPD om. Zelfs werd geen enkel verzoek tot opname meer gericht tot de SPD; wel werd intensief overleg gepleegd. Soms volstond steun aan de huisarts, bij andere gevallen bleek advies nodig of een gezamenlijke beoordeling. Ernstige problematiek werd door de SPD overgenomen.

Aangaande de aantallen waarin OVS werden toegepast, dient het volgende opgemerkt te worden. De attitude van de betrokken teamleden is in de loop der jaren 'OVS-minded' geworden. Na een aarzelend begin waarbij OVS werden toegepast bij relatief lichtere neurotische problemen, werd dit alras uitgebreid tot depressies, suïcidaal gedrag en psychotische decompensaties. Tenslotte is het zoeken naar alternatieven voor opname een soort tweede natuur geworden die vanaf het eerste contact bij elke aanmelding doorwerkt. Zou men het aantal aanmeldingen bij de SPD als maat accepteren, dan werden door de SPD per jaar maximaal 5% van alle bij hen aangemelde patiënten opgenomen. (vgl. Hoogduin & Van den Bosch, 1978-b).

#### 4.2.2 De keuze van de onderzoeksgebieden

De keuze van de onderzoeksgebieden is ingegeven doordat een der auteurs sinds 1976 werkzaam is als psychiater, binnen twee regio's van de Stichting Geestelijke Gezondheid Zuid-Holland. In dit gebied hebben tijdens de periode van onderzoek drie veldteams gewerkt voor de leeftijdscategorie 18-65 jarigen. De werkwijze van deze teams heeft tot in 1973 geen wezenlijke onderlinge verschillen getoond. Door C.A.L. Hoogduin werden eind 1973 in twee van de drie teams die werkzaam waren in de gebieden I en II (zie bijlage 1), de OVS ingevoerd. In gebied III werd de meer klassieke SPD werkwijze gecontinueerd. Daarom hebben wij voor het onderzoek naar mogelijke invloeden van OVS op de opnamestroom naar het APZ, gebied III - naast het land - gekozen als controlegebied.

De invoering van OVS in de gebieden I en II is gepaard gegaan met de volgende veranderingen in werkwijze in deze gebieden:

1. de invoering van de 'General Systems Theory' als overkoepelend referentiekader,

2. een - per geval - kritischer afweging van de zin van een opname,
3. het verleggen van de prioriteit van de nazorg naar de vóórzorg. Door meer planmatig te werken bleek het mogelijk om op meer hulpvragen en in een eerder stadium, in te gaan. Retrospectief valt hierbij op dat dit niet heeft geresulteerd in een afname van de aangemelde psychiatrische problematiek, evenmin in een vermindering van het aantal nazorgpatiënten. Met andere woorden: de oude SPD populatie werd niet afgestoten. Wel heeft de gewijzigde opstelling ertoe geleid niet meer te spreken van nazorg, maar alleen van voorzorg. Hierdoor bleef de oude nazorg populatie niet verstoken van nieuwe methodieken zoals,
4. de toepassing van de (korte) directieve therapie,
 

Als kenmerken van deze benadering noemen van der Vel-den & Van Dijk (1977):

  - a) de therapeut geeft aanwijzingen of directieven;
  - b) het aantal zittingen wordt waar mogelijk, beperkt gehouden;
  - c) er wordt gewerkt aan concrete, welomschreven doelen;
  - d) de problemen worden geplaatst in een zo gunstig mogelijke context;
  - e) de aanpak is pragmatisch: 'wat werkt bij dit probleem bij deze patiënt met zijn omgeving?',
5. verzoeken tot heropname krijgen dezelfde 'behandeling' als een eerste vraag tot opname. Mendel & Rapport (1969) hebben gewezen op de doorslaggevende invloed van een eerdere opname op de besluitvorming rond een vraag om opname. Op grond hiervan werd besloten om recidieven niet uit te sluiten van OVS en ook bij hen te zoeken naar alternatieven voor een opname,
6. toetsing van de geboden hulp met behulp van het

systematisch opstellen en evalueren van een behandelplan; een uniforme verslaglegging van patiëntengegevens (zie bijlage 2) en twee-wekelijkse intervisiebijeenkomsten.

De gezondheidsregio, die door de drie deelgebieden wordt gevormd, staat te boek als een witte vlek voor de GGZ-voorzieningen (vgl. De Haan, 1980). Van de 25 regio's behoort de gezondheidsregio Dordrecht tot de vier met de grootste tekorten waaronder: lage RIAGG-personeelsbezetting; lage CAD-personeelsbezetting; groot absoluut en relatief tekort aan APZ-bedden; geen dagbehandeling; geen OEP; te weinig tussenvoorzieningen en te weinig psychiaters.

De PAAZ-bedden zijn, als enige voorziening, tot in 1977 conform de landelijke norm hiervoor. In dat jaar wordt een gemengd neurologisch-psychiatrische praktijk gesplitst in een afdeling neurologie en een PAAZ met 20 bedden. De administratieve toename van het aantal PAAZ-bedden is groter dan de reële toename. Doordat in de gemengde praktijk geen aparte registratie van neurologische- en psychiatrische patiënten heeft plaatsgevonden, is de reële toename niet exact vast te stellen.

De PAAZ-en in de gezondheidsregio hebben een bovenregionale functie. Naast patiënten uit de gebieden I, II en III worden veel patiënten opgenomen uit de Hoeksche Waard en uit Noord-Brabant.

Een sociaal-geografische omschrijving van de gebieden valt buiten het kader van dit onderzoek. Van belang is wel te weten dat de gebieden II en III sterke overeenkomsten vertonen. Naast veelteelt en akkerbouw is de (metaal-)industrie (m.n. de scheepsbouw) een belangrijke bron van inkomsten. De protestants-christelijke kerken zijn in beide

gebieden ruim vertegenwoordigd. Gebied I is een voornamelijk stedelijke agglomeratie.

Bij de beoordeling van de voorzieningen binnen de gezondheidsregio dienen enkele kanttekeningen te worden gemaakt. Het MOB en het LGV werken vanuit de stad Dordrecht. De cliëntencontacten nemen evenredig met de afstand af: de minste cliënten in gebied II. Het CAD werkt vanuit een bureau in Dordrecht (I) en vanuit een bureau in Gorinchem (II). De SPD heeft spreekuurruimten verspreid over het gehele gebied.

#### 4.2.3 De databronnen

De Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheidszorg beheert in samenwerking met de verschillende secties van de Nationale Ziekenhuisraad het PIGG (' Patiëntenregister Intramurale voorzieningen Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland'). PIGG-gegevens worden overgenomen van registratiekaarten die door de intramurale voorzieningen worden ingevuld bij opname en bij ontslag. Deze gegevens zijn inclusief heropnamen maar exclusief opnamen korter dan 24 uur. Vanwege het besluit om recidief opnamen zo veel mogelijk te benaderen als waren het eerste opnamen, hebben wij opnamen en heropnamen gesummeerd. Wanneer we verder spreken over het aantal opnamen, wordt hiermee de som bedoeld van opnamen plus heropnamen in APZ, PUK en RPI. Wij hebben ons gebaseerd op: de tabellen 1977 van de PIGG-registratie.

Hieruit werden de gegevens geput over aantallen opnamen in de sectie: Psychiatrische ziekenhuizen, Psychiatrische Universiteitsklinieken en Inrichtingen voor psychisch gestoorde delinquenten (tabel IV), welke in het PIGG-systeem gecumuleerd worden weergegeven.

Aangezien centrale PIGG-registratie werd gestart in 1970,

hebben we de onderzoeksperiode in hetzelfde jaar laten beginnen. Omdat rond 1974 werd gestart met OVS werd ervoor gekozen om de onderzoeksperiode te laten lopen van 1970 t/m 1978 (= 1974  $\pm$  4). De jaargegevens hebben betrekking op de gecumuleerde opnamen en heropnamen in de periode 1 januari tot en met 31 december.

De centrale registratie was verplicht voor alle ziekenhuizen tot en met 1977. Over 1978 werden door twee psychiatrische ziekenhuizen geen gegevens meer verstrekt aan de Hoofdinspectie der Geestelijke Gezondheidszorg.

Op basis van de gegevens uit de PIGG (1977) en het overzicht gegevens van psychiatrische instellingen in Nederland 1977, van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (1979) werd het aantal opnamen in deze ziekenhuizen geschat. De schattingsmethode bleek bij navraag bij een van beide psychiatrische ziekenhuizen slechts 3 op 900 opnamen te verschillen van het feitelijke totaal. Tenslotte werden de geschatte cijfers voor 1978 gebruikt voor de ontbrekende gegevens van één psychiatrisch ziekenhuis, dat in 1977 slechts 1,9% van het totaal aantal opnamen in Nederland had verzorgd.

De mogelijkheden voor opname van patiënten met psychiatrische symptomen zijn in de jaren zeventig uitgebreid door de sterke toename van het aantal PAAZ-en. Het opnamepromillage van APZ, PUK en RPI is hierdoor uiteraard beïnvloed. De spreiding van PAAZ-en, de onderlinge verschillen in werkwijze (Van Alphen, 1982) en in het tijdstip waarop ze als zodanig zijn gaan functioneren, belemmert een goede meting van hun invloed op de opnamestroom naar APZ, PUK en RPI. Sommatie van APZ- en PAAZ-gegevens blijkt niet mogelijk doordat tussen beide voorzieningen verschillen bestaan in spreiding, 'catchment-area' en de registratie van patiëntengegevens.

Een, per regio gedifferentieerd, opnamepromillage van APZ

plus PAAZ kan niet worden berekend.

Dit bemoeilijkt het trekken van conclusies aangaande mogelijke invloeden van OVS op de opnamestroom. Het aantal PAAZ-bedden voor de gebieden I, II en III is tot in 1977 conform de landelijke norm. Aannemelijk is dat bij een gelijkblijvend patroon van voorzieningen optredende verschillen tussen de gebieden I en II enerzijds en III land anderzijds, in de periode 1974-1977, het gevolg zijn van de toepassing van OVS. Na 1977 is een grotere invloed te verwachten van de PAAZ-opname.

De absolute opnamecijfers als zodanig zijn niet erg bruikbaar voor dit onderzoek omdat:

- a. de aantallen inwoners in de respectievelijke gebieden sterk van elkaar verschillen;
- b. gedurende de onderzoeksperiode een toename van de relevante onderzoekspopulatie heeft plaatsgevonden van 10 - 15%.

De opnamecijfers zijn vergelijkbaar gemaakt door correctie met de bevolkingsaantallen per jaar van de verschillende gebieden. Deze bevolkingsgegevens werden verkregen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (tabel V). Hierdoor wordt een opnamepromillage verkregen per jaar per gebied (= aantal opnamen in de genoemde drie soorten psychiatrische voorzieningen/1000 inwoners).

#### 4.2.4 De doelgroepen

De OVS werden in eerste instantie alleen toegepast en verder ontwikkeld binnen de afdeling 'Volwassenen Zorg' van de SPD. Het onderzoek beperkt zich derhalve tot de leeftijdscategorie 18-65 jaar.

Deze categorie omvat ± 83% van het totaal aantal opnamen. De groep boven 65 jaar vormt ± 16% en de groep jonger dan 18 jaar ± 1% van het totaal aantal opnamen (vgl. Tabellen

1977).

Tijdens de onderzoeksperiode zijn de Sociaal Pedagogische Centra (SPC's) opgericht. Zij hebben de zorg voor de groep zwakzinnigen overgenomen van de Sociaal Psychiatrische Diensten. Derhalve is deze groep niet opgenomen in het onderzoek.

Samenvattend beperkt het onderzoek zich tot opnamepromilages van mensen in de leeftijd van 18-65 jaar die werden opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische universiteitsklinieken en inrichtingen voor psychisch gestoorde delinquenten (tabellen VI a en b).

#### 4.2.5 De methoden van analyse

De gevolgen van de wijziging in het beleid ten aanzien van de patiëntenzorg rond 1974 in de gebieden I en II zouden het best getoetst kunnen worden wanneer gebied III en het landelijk cijfer als controle konden worden gebruikt. Een simpele vergelijking van onderzoeks- en controlegebieden ingaande 1974 is echter onmogelijk doordat de gebieden reeds voor 1974 te veel van elkaar verschillen (vgl. grafiek I).

De ontwikkelingen binnen de gebieden en onderlinge verschillen daarin lenen zich echter wel goed voor trendanalyses.

Gebied III en 'het land' kunnen bij zo'n trendonderzoek wel als controle dienen. De trend van het totaal aantal opnamen in de onderzoeksgebieden I en II wordt dan vergeleken met de trend van het totaal aantal opnamen in de twee controlegebieden III en land. Hetzelfde kan worden gedaan met specifieke fracties zoals: opnamen via de SPD, via de huisarts, etc.

Een 'pretest-posttest design', waarbij het jaar 1974 dient als scharnierpunt, is niet bruikbaar vanwege enkele grote bezwaren zoals:



- het effect van de bevolkingsgroei laat zich hierin moeilijk verdisconteren;
- de mogelijke toetsen gebruiken in dit geval lang niet alle informatie die voorhanden is;
- het beperkte aantal data zal - uitgezonderd extreme omstandigheden - vrijwel niet kunnen leiden tot (een) significante conclusie(s).

Om zoveel mogelijk informatie te gebruiken bij continue stochastische data maken we gebruik van een der meest krachtige vormen van analyse: de multi-pele lineaire regressie. Het aantal gegevens in de tijdreeks is klein (= 9). Hierdoor kunnen slechts de parameters (= regressie coëfficiënten) van een beperkt aantal onafhankelijke variabelen worden geschat, wil het model niet triviaal zijn.

Omdat we geïnteresseerd zijn in de trend, gebruiken we in eerste instantie als onafhankelijke variabele het aantal jaren sinds 1970. Als model krijgen we:

$$y = a + b (t - 1970) \quad (1)$$

waarbij geldt:

$y$  = aantal opnamen per 1000 inwoners

$t$  = jaartal (2)

$a$  en  $b$  = te schatten parameters

De interpretatie van  $a$  is het geschatte niveau in 1970.

Dit model vormt de beschrijving van uitsluitend een lineaire trend met een constante helling (=  $b$ ). Een stijgende trend voor  $b > 0$  en een dalende trend voor  $b < 0$ .

Ten einde te onderzoeken of en zo ja in welke mate de trend zelf zichtbaar is veranderd, is het vereist een meer flexibel model te gebruiken.

De mogelijke trendveranderingen worden hierdoor zichtbaar. Hiervoor is het echter bijna onvermijdelijk om het aantal te schatten parameters uit te breiden. Het probleem van het constant-zijn van de helling zou in principe ondervangen

kunnen worden door een niet-lineaire regressie met twee parameters. Hierdoor wordt de verandering van de helling gekoppeld aan het monotone karakter van een stijging of een daling. Het gebruik van drie parameters maakt het mogelijk om de vorm waarin de helling verandert, los te koppelen van de helling zelf. De meest eenvoudige vorm van zo'n model is een lineaire regressie met een polynoom van de orde twee:

$$y = a + b (t - 1970) + c (t - 1970)^2 \quad (3)$$

waarbij geldt:

de symbolen  $y$ ,  $t$ ,  $a$  en  $b$  stellen hetzelfde voor als in (2);  $c$  wordt de derde te schatten parameter.

In dit geval geldt voor de helling:

$$\frac{dy}{dt} = b + 2c (t - 1970) \quad (4)$$

welke van teken kan wisselen bij:

$$t = 1970 - b/2c \quad (5)$$

Afhankelijk van het teken van  $c$  bereikt de regressielijn een maximum ( $c < 0$ ) dan wel een minimum ( $c > 0$ ).

Regelmatig zullen we trends vergelijken van verschillende tijdreeksen, die in niveau van elkaar verschillen. Daartoe wordt een verschillenreeks geconstrueerd, waarop vervolgens regressies volgens (1) of (3) kunnen worden uitgevoerd. Hierbij dienen we ons te realiseren dat door de berekeningen geschatte getallen worden verkregen.

Afhankelijk van de significantie van de gevonden regressievergelijking trekken we hieruit conclusies over het al dan niet aanwezig zijn van verschillen in de trends. Als significantieniveau kiezen we  $p \leq 0,05$ .

#### 4.3 EEN ANALYSE VAN HET OPNAMEPATROON IN HET BELOOP VAN DE TIJD

##### 4.3.1 Introductie

De positie van het APZ en het nut van psychiatrische opnamen zijn te onzent door Querido reeds in de jaren dertig ter discussie gesteld. Een wereldwijde heropleving daarvan treedt op in de jaren vijftig; in Nederland voornamelijk in de jaren zeventig. In dezelfde periode leidt de toenemende vraag om preventieve activiteiten tot een toename van gedragswetenschappers en relatietherapeuten in de AGGZ. Een van de vooronderstellingen hierbij is dat preventie en vroegtijdige hulpverlening de schade zal weten te beperken, zodat minder cliënten psychiatrische decompensatieverschijnselen zullen gaan vertonen. De achterliggende verwachting is hierbij geweest dat primaire preventie etc. de geestelijke gezondheid kwalitatief zal verbeteren. Een andere verwachting is dat door een andere wijze van ambulante hulpverlening de cliënt/patiënt niet of in ieder geval minder frequent opgenomen behoeft te worden. Hier is sprake van secundaire en tertiaire preventie. De OVS kunnen worden gerekend tot de laatste stroming.

Vooronderstellingen en verwachtingen moeten worden getoetst op hun validiteit. In het kader van dit onderzoek komen hierbij vragen aan de orde als:

Via welke kanalen worden patiënten opgenomen in het APZ? Doen zich in de loop der jaren wijzigingen voor in absolute of in relatieve zin in deze opnamestroom? Zo ja, zijn hiervoor verklaringen te geven?

Zijn OVS effectief geweest in het voorkómen van opnamen in het APZ? Heeft dit geleid tot een daling van het aantal SPD-opnamen per 1000 inwoners? Is zo'n effect duurzaam of is er sprake van een rebound fenomeen na één of meerdere jaren? Leidt een wijziging in het aantal SPD-opnamen tot

een vergelijkbare verandering in het totale opnamepromillage? Of treedt een omgekeerd evenredige verandering op via de andere opnemende kanalen; m.a.w. is er sprake van een bypass effect?

Met behulp van regressieanalyses met alleen een lineaire trend hebben wij onderzocht of het opnamepromillage constant blijft dan wel een stijgende of dalende trend vertoont (zie tabel VII).

Door middel van regressieanalyses met bovendien een kwadratische trend hebben wij onderzocht of stijgende en dalende trends gebonden zijn aan respectievelijk een maximum of een minimum (zie tabel VIII).

Deze trendanalyses worden voor de respectievelijke onderzoeksgebieden gedaan over het totaal aantal opnamen en de verschillende opnamekanalen afzonderlijk.

Tenslotte is regressieanalyse gedaan op de verschillen van het land met elk der deelgebieden zoals die zijn weergegeven in tabel IX. Hiermee kan worden nagegaan in hoeverre onderlinge trendverschillen gedurende de periode van onderzoek gelijk blijven of aan verandering onderhevig zijn. Alleen de 'regressieanalyse van de verschillen' met lineaire trend is weergegeven (zie tabel X). De regressieanalyse met kwadratische trend gaf namelijk - uitgezonderd het 'niet-SPD-kanaal' in gebied I - geen significante wijzigingen te zien in de trendverschillen.

#### 4.3.2 Opnametrends

##### 4.3.2.1 HET TOTALE OPNAMEFROMILLAGE.

De regressieanalyse met kwadratische term geeft significante verandering te zien in het totale opnamepromillage in Nederland ( $p \leq 0,005$ ). Het geeft in de periode 1970 t/m 1978 een stijging te zien van 1,81 naar 2,42 (vgl. tabel I). Deze stijging neemt af in de loop der jaren. Het maximum

hiervan (2,44‰) wordt bereikt rond 1977. In hoeverre deze daling zich doorzet dan wel of er een stabilisatie intreedt, is op basis van onze data (tot en met 1978) niet uit te maken.

In tegenstelling tot de landelijke trend is het opnamepromillage in de gebieden I, II en III over de jaren 1970 t/m 1978 consistent met een constante, welke op een aanzienlijk lager niveau ligt dan het landelijke totaal promillage. De promillages zijn respectievelijk: 1,26; 1,05 en 1,47. De lineaire, noch de kwadratische trend zijn hier significant. Het aantal opnamen per 1000 inwoners in deze drie gebieden lijkt, in tegenstelling tot wat landelijk werd gevonden, in de onderzochte periode gelijk gebleven te zijn.

Een analyse van de trendverschillen (gebied-land) leert ons dat het verschil van de gebieden I, II en III met het land gedurig groter wordt. De toename van dit verschil is in de gebieden I en II nagenoeg dubbel zo groot als in gebied III. (Zie tabel I:  $\triangle$  land 78-70.)

#### 4.3.2.2 VIA WELKE INSTANTIES WORDEN MENSEN OPGENOMEN?

De enorme toename van het aantal psychiatrische opnamen in Nederland roept nogal wat vragen op. Wij hebben onderzocht welk aandeel de verschillende opnemende instanties hierin hebben in de loop der jaren. Eveneens of alle opnemende instanties een evenredig en een gelijkblijvend aandeel in het opnamepromillage hebben behouden. Zijn hierin misschien verschuivingen opgetreden? Zo ja, zijn dit verschillen in absolute of in relatieve zin?

De trends in alle gebieden zijn geanalyseerd per opnemende instantie. Voor een beter inzicht in de invloed van de OVS zoals uitgevoerd door de SPD in de gebieden I en II zijn analyses gedaan over de trend van het opnamepromillage van die SPD. Tevens is onderzocht of het aantal SPD-opnamen is

gecorrigeerd aan het aantal 'niet-SPD-opnamen' (vgl. tabel XI).

Van enkele instanties bleek het absolute aantal opnamen zo gering dat een nadere specificering niet verantwoord was voor de gebieden I, II en III.

De gevonden resultaten zijn grafisch weergegeven. (p.215 t/m 225)

#### 4.3.2.2.1 HET OPNAMEPROMILLAGE VAN HET TOTALE PSYCHIATRISCHE KANAAL (Vgl. tabellen I, II, IX en X).

Wij staan op het standpunt dat de indicatiestelling tot een psychiatrische opname een specialistische handeling is. Zeker in het licht van het toegenomen aantal nieuwe therapeutische mogelijkheden.

De inbreng van een psychiater kan direct dan wel indirect worden gerealiseerd via de VZA, de poli-APZ en de SPD. Het totale opnamepromillage waarbij op deze wijze de indicatie tot opname is gesteld door een psychiater neemt in Nederland toe van 1,21 in 1970 via een maximumwaarde in 1974 van 1,35, waarna een daling optreedt tot 1,21 in 1978 ( $p \leq 0,005$ ).

Gebied I vertoont eveneens een maximum. Dit wordt reeds in 1973 bereikt ( $p \leq 0,004$ ), 0,85 in 1970, 0,98 in 1973 en 0,61 in 1978. In gebied II is een gedurende daling van het aantal opnamen per duizend inwoners van 0,77 in 1970 naar 0,52 in 1978 ( $p \leq 0,002$ ). Het verschil in trend van beide gebieden vergeleken met het land wordt gedurende groter (gebied I:  $p \leq 0,05$ ; gebied II:  $p \leq 0,005$ ).

Het opnamepromillage in gebied III verandert niet in de loop der jaren, maar is consistent met een constante: 1,07. Het verschil (land-gebied III) verandert evenmin in de loop der jaren. De trend van gebied III volgt de landelijke trend, maar op een lager niveau. Het niveauverschil bedraagt 0,22.

HET OPNAMEPROMILLAGE VAN DE SPD (vgl. tabellen IX t/m XIII).

De SPD wordt wel omschreven als de 'voor- en nazorgdienst'. Dit doet vermoeden dat de SPD een belangrijke, zo niet de belangrijkste rol speelt in het totale proces rondom een psychiatrische opname en het ontslag. De klachten over het functioneren van de SPD's wekken echter twijfels of dit in de praktijk wel zo is. (vgl. Ten Horn, 1979, 1982-a en b; Schudel, 1979-a,-b en c; Van den Bosch 1980, 1981; Van Ginneken, 1981; Mastboom, 1981; Sorel, 1982).

In de gevoerde discussies worden kwalitatieve en kwantitatieve elementen door elkaar gebruikt. Omdat de werkwijze van de SPD per regio kan verschillen, wijzen wij algemene uitspraken over het functioneren van de SPD van de hand. Ook kwantitatieve regionale gegevens lenen zich moeilijk voor generalisatie. Denken we alleen aan het verplichte sanctioneren van psychiatrische opnamen door de SPD onzer grote steden, welke in andere gebieden niet bestaat. Ook de door ons gevonden uitkomsten moeten dus met de nodige voorzichtigheid worden gehanteerd.

Het opnamepromillage van de SPD verloopt in Nederland met een stijging: van 0,74 in 1970 via een maximum van 0,90 in 1974 naar 0,78 in 1978. Per saldo is het niveau in 1978 nog 6% hoger dan in 1970. De regressieanalyse met kwadratische term is significant ( $p \leq 0,005$ ). Aangezien het totale opnamepromillage voor Nederland zijn maximum bereikt in 1976 zal het aandeel van de SPD in de latere jaren zijn afgenomen. De verhouding Niet-SPD : SPD wijzigt zich van 1,4 in 1970 tot 2,1 in 1978.

Hoewel de regressieanalyse met kwadratische term in gebied I net geen significante waarde bereikt ( $p \leq 0,06$ ), lijkt de

ontwikkeling van door de SPD gerealiseerde opnamen hier analoog aan de landelijke: van 0,47 via 0,65 naar 0,28. Per saldo is het niveau in gebied I in 1978 42% lager dan in 1970. Het maximum wordt in dit gebied echter reeds bereikt in 1973. Het trendverschil tussen het land en gebied I blijft over al de jaren constant, waarbij het promillage van gebied I 0,31 lager is.

In gebied II is een gedurige significante daling waarneembaar over de gehele periode 1970 (0,48) tot 1978 (0,20) ( $p \leq 0,005$ ). De SPD neemt hier steeds minder patiënten op per duizend inwoners. De trendanalyse van het verschil laat zien dat dit per jaar toenemend minder gebeurt dan in den lande ( $p \leq 0,005$ ).

In gebied III daarentegen is sprake van een gedurige significante stijging ( $p \leq 0,04$ ) van de SPD-opnamen van 30% over de gehele periode van 0,74 in 1970 tot 0,97 in 1978. Hoewel de regressie met kwadratische term als geheel significant is ( $p \leq 0,03$ ), is de bijdrage van de kwadratische term (Pkw) dit niet ( $p \leq 0,09$ ). Dit maakt het onwaarschijnlijk dat de stijging in gebied III tijdens de onderzoeksperiode een maximum vertoont. In het beloop van de onderzoeksperiode streeft het SPD-opnamepromillage van gebied III het landelijk cijfer voorbij ( $p \leq 0,03$ ).

Het aantal 'niet-SPD-opnamen' is in de gebieden I, II en III consistent met een constante, respectievelijk: 0,72; 0,71 en 0,61. Landelijk vinden we echter een significante toename ( $p \leq 0,005$ ) van het aantal opnamen dat gerealiseerd wordt buiten de SPD om. Deze stijging van 1,05 in 1970 naar 1,61 in 1978, bedraagt 54%.

De analyse van de trendverschillen laat een verschil zien tussen de gebieden II en III ten aanzien van gebied I. In de gebieden II en III wordt vergeleken met het land, toenemend minder opgenomen buiten de SPD om ( $p \leq 0,01$ );



het verschil wordt dubbel zo groot. Dit verschil bereikt in gebied I rond 1976 echter een maximum. (De regressie coëfficiënten zijn:  $a = -0,312$ ;  $b = -0,165$ ;  $c = 0,014$ ;  $R^2 = 0,90$ ;  $P = 0,00$ ;  $P_{kw} = 0,01$ ).

Landelijk noch in de drie onderzoeksgebieden vertoont het aantal niet-SPD-opnamen een significante correlatie met het aantal SPD-opnamen (zie tabel XIII). De toename van het aantal niet-SPD-opnamen mag dan ook nergens worden verklaard uit de trend van de SPD-opnamen. In geen der gebieden lijkt, met betrekking tot de opnamen in APZ, PUK en RPI, sprake te zijn van een rebound fenomeen. De toename van het totaal aantal opnamen mag op basis van deze gegevens niet worden toegeschreven aan een SPD die kwantitatief gaten heeft laten vallen.

#### HET OPNAMEPROMILLAGE VAN DE VZA

De zelfstandig werkende zenuwartsen en psychiaters zijn in Nederland gedurig significant ( $p \leq 0,005$ ) minder patiënten per 1000 inwoners gaan opnemen; van 0,34 in 1970 naar 0,15 in 1978. Het aandeel van de zelfstandigwerkende specialisten in de totale opnamestroom wordt over de jaren steeds minder.

Een analoge daling treffen we aan in gebied III van 0,17 in 1970 naar 0,07 in 1978 ( $p \leq 0,01$ ). De analyse van het trendverschil met het land is significant. Dit verschil wordt gedurig kleiner van - 0,17 in 1970 tot - 0,08 in 1978. In gebied I is sprake van een daling van 0,31 in 1970 naar een minimum van 0,13 in 1975, waarna weer enige stijging optreedt tot 0,19 in 1978 ( $p \leq 0,02$ ).

Voor gebied II zijn geen van beide trendanalyses significant. Hier kan het opnamepromillage via de VZA constant (= 0,16) worden geacht gedurende de gehele onderzoeksperiode. De verschillen in trend van de gebieden I en II ten opzich-

te van het land zijn evenmin significant; in tegenstelling tot het verschil (land-gebied III) dat gedurig kleiner wordt ( $p \leq 0,01$ ).

#### HET OPNAMEPROMILLAGE VAN DE POLIKLINIEK VAN HET APZ

Het aantal patiënten per duizend inwoners dat in Nederland wordt opgenomen via de poli APZ neemt jaarlijks van 0,13 in 1970 toe met een constante stijging ( $p \leq 0,005$ ) naar 0,29 in 1978. Een stijging van 125%. Daarentegen is het opnamepromillage voor de gebieden I, II en III gedurig consistent met een constante; respectievelijk: 0,15, 0,15 en 0,10. In deze gebieden treedt de landelijk waargenomen stijging niet op.

De verschillen in trend van de gebieden I en II ten opzichte van het land zijn niet significant. Ze volgen de landelijke trend, maar wel op een niveau dat 0,06 lager ligt. De ogenschijnlijk tegenstrijdigheid tussen de landelijke trend en die der gebieden I en II enerzijds en de niet-significante verschilregressies is verklaarbaar uit de sterke fluctuaties bij kleine absolute getallen, van het poli-APZ opnamepromillage in de gebieden I en II. Het verschil (land-gebied III) daarentegen wordt gedurig groter van - 0,04 in 1970 naar - 0,20 in 1978 ( $p \leq 0,01$ ).

#### HET OPNAMEPROMILLAGE VAN HET NIET-OUTREACHING PSYCHIATRISCHE KANAAL.

Een belangrijk verschil tussen de SPD enerzijds en de VZA en de poli-APZ anderzijds is dat de eerste ambulant outreaching is en de beide laatste niet. Het opnamepromillage dat via dit niet-outreaching psychiatrische kanaal wordt opgenomen, verandert niet significant in de loop der jaren in elk der gebieden I, II en III. Ze zijn respectievelijk

0,33, 0,31 en 0,21. Landelijk daarentegen treedt een significante ( $p \leq 0,02$ ) daling op van slechts 7%: 0,47 in 1970 naar 0,44 in 1978. De analyse van de trendverschillen (land-gebied) blijft gedurende de gehele onderzoeksperiode consistent met een constante; respectievelijk: - 0,12; - 0,14 en - 0,24.

#### 4.3.2.2.2. HET OPNAMEPROMILLAGE VAN HET NIET-PSYCHIATRISCH KANAAL.

Landelijk is sprake van een stijging van het aantal opnamen waarvoor geen indicatie is gesteld door een psychiater van 0,60 in 1970 naar 1,20 in 1978 ( $p \leq 0,005$ ). Deze stijging van 99% wordt in de loop der jaren steeds minder groot. In gebied I verzorgt dit kanaal een gedurende stijging van 0,31 in 1970 naar 0,50 in 1978 ( $p \leq 0,03$ ). Een stijging van 59%. De opnamepromillages via het niet- psychiatrische kanaal in de gebieden II en III veranderen niet in de loop der jaren, ze blijven consistent met een constante, respectievelijk: 0,41 en 0,40.

De stijging van het niet psychiatrisch kanaal is voor het totale land beduidend groter dan in de deelgebieden. De analyse van het trendverschil (land-gebied) is voor elk gebied significant ( $p \leq 0,005$ ). De sterkere stijging van het opnamepromillage waarbij geen psychiatrische indicatie is gesteld, van het land vergeleken met de deelgebieden blijkt wel uit de meer dan verdubbelde uitkomsten van de verschilanalyse: van ca -0,30 in 1970 naar ca -0,8 in 1978. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de stijging die optreedt in gebied I minder groot is dan de landelijke toename.

Bij het zoeken naar een verklaring wordt allereerst de relatie tot andere opnamecircuits beoordeeld. Een falen van het psychiatrisch kanaal wordt minder plausibel, aangezien de sterke gedurende afname van dit circuit in gebied II niet

heeft geleid tot een toename via het niet-psychiatrische kanaal. Hierbij dient echter wel overwogen te worden dat de mogelijkheden tot niet-psychiatrische opnamen in zowel gebied II als III zeer beperkt waren door het nagenoeg afwezig zijn van MOB-, LGV- en IMP-voorzieningen voor deze gebieden. Een stijging via voornamelijk de huisartsen en het "anderszins" circuit zou meer in de lijn der verwachting liggen.

#### HET OPNAMEPROMILLAGE VAN DE HUISARTSEN EN HET MEDISCH KANAAL

In Nederland vertoont het opnamepromillage van de huisartsen een gedurige stijging ( $p \leq 0,005$ ). Er is sprake van nagenoeg een verdubbeling gedurende de periode van onderzoek. Volgens de schatting, aan de hand van tabel I, in 1970: 0,30 en in 1978: 0,59.

Het opnamepromillage in de gebieden I, II en III blijft constant met respectievelijk: 0,14, 0,24 en 0,24. Hetgeen aanzienlijk lager is dan het landelijke. Zo is het gemiddeld opnamepromillage der deelgebieden ongeveer de helft van het landelijk gemiddelde (zie grafiek V).

Het verschil (land-gebied) wordt gedurig groter: van ongeveer - 0,10 in 1970 tot ongeveer - 0,35 in 1978.

Een zo opvallend verschil roept vragen op. Zijn er lokale verschillen in consumptief gedrag van de patiënten? Moeten we denken aan variaties in praktijkgrootte? Stuiten we hier op structurele invloeden? Selecteren bepaalde gebieden soms een bepaald soort huisarts; anders gezegd, is de attitude van de huisarts van invloed?

In kwantitatieve zin hebben wij onderzocht in welke mate een toename van het aantal huisartsen per duizend inwoners en/of een toename van het gemiddeld aantal opnamen per

huisarts hierin een rol speelt.

Het aantal huisartsen is in alle gebieden toegenomen in de periode van onderzoek, het aantal inwoners echter ook. Het aantal huisartsen per duizend inwoners vertoont nogal wat fluctuaties tijdens de periode van onderzoek (vgl. tabel XIV en XV a + b).

Het aantal huisartsen per duizend inwoners neemt toe in de gebieden I (+ 6%) en III (+ 5%). Landelijk stijgt via een minimum in 1973, het aantal huisartsen met 4%. Het aantal huisartsen daalt met 4% in gebied II; een minimum wordt hier bereikt in 1974 (vgl. tabel XV a + b en XVI).

Zetten we de nagenoeg gelijke procentuele stijgingen van het aantal huisartsen per duizend inwoners van de gebieden I, III en land af tegen de onderlinge verschillen in de opnamepatronen van huisartsen van deze gebieden, dan wordt de toename van het aantal huisartsen als verklarende factor voor de toename van het opnamepromillage der huisartsen onwaarschijnlijk. Wanneer we bedenken dat de onderling vergelijkbare opnamepromillages via huisartsen in de gebieden I, II en III zijn gerealiseerd middels een toename van het aantal huisartsen in I en III, maar in gebied II middels een procentueel even grote afname, dan moeten we de toename van het aantal huisartsen als verklarende factor laten varen.

De toename van het gemiddeld aantal opnamen per huisarts volgt in elk der gebieden het patroon van het opnamepromillage via huisartsen (vgl. tabel XIV en XVII). Het gemiddeld aantal opname per huisarts blijft in de gebieden I, II en III consistent met de respectieve constanten: 0,26; 0,40 en 0,53. Daarentegen neemt landelijk het gemiddeld aantal opnamen per huisarts significant toe ( $p \leq 0,005$ ). Een stijging van 88%: van 0,49 in 1970 naar 0,91 in 1978. Het gemiddeld aantal opnamen per huisarts wordt hiermee ruim

dubbel zo groot als dat in de gebieden waar opnamevoorkomend is gewerkt (I en II). Het verschil met gebied III is eveneens aanzienlijk, zij het minder groot.

Een analoog patroon wordt in alle gebieden waargenomen voor het medische kanaal. Landelijk treedt een gedurige stijging op van 14% ( $p \leq 0,012$ ), welke in de gebieden I, II en III niet optreedt. Hier levert de verschilanalyse echter in geen der gebieden een significant verschil op. Ze bedragen respectievelijk: -0,40; -0,33 en -0,35.

#### HET OPNAMEPROMILLAGE VAN DE 'RESTGROEPEN'

De absolute aantallen van opnamen gerealiseerd via de kanalen van justitie, andere artsen en anderszins zijn in de gebieden I t/m III dusdanig klein dat een regressie analyse hiervan onvoldoende betrouwbare gegevens zou opleveren (vgl. tabel IV). Wij beperken ons voor deze kanalen derhalve tot de landelijke ontwikkelingen (vgl. tabel VIIb en VIIIb).

De opnamepromillages via justitie en andere artsen/specialisten blijven consistent met een constante.

Het kanaal 'anderszins' vertoont een sterke stijging van 0,12 in 1970 naar het maximum van 0,44 in 1977, waarna 1978 een kleine daling te zien geeft naar 0,43. De toename van het opnamepromillage over de gehele periode van onderzoek bedraagt liefst 262%.

#### 4.3.2.2.3. SAMENVATTING.

De wijze waarop patiënten zijn opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen blijkt in de jaren zeventig ingrijpende veranderingen te vertonen. Deze zijn weergegeven in grafiek IV.

Wij kunnen over de periode 1970 - 1978 concluderen dat:

- landelijk het opnamepromillage is gestegen met 34 procent. Deze stijging bereikt een maximum in 1977.  
Deze toename komt tot stand door:
  - . een toename van het opnamepromillage via de SPD met 6%, met een maximum in 1974, en
  - . een toename van 54% via niet-SPD-instanties, welke samengesteld is uit
  - . een daling van het opnamepromillage via vrijgevestigde psychiaters en zenuwartsen met 57%,
  - . een toename van het opnamepromillage via de polikliniek van het APZ met 125% en
  - . een toename van dit promillage van 262% via de onbekende groep anderszins. Een kleinere, maar eveneens aanzienlijke stijging wordt gerealiseerd via
  - . een toename van 96% via de huisartsen;
- landelijk het opnamepromillage via het psychiatrisch kanaal slechts minimaal (+ 1%), via een maximum in 1974, stijgt, waarbij
  - . de instanties die niet out-reaching werken een daling vertonen van 7% en
  - . de SPD als out-reaching instelling, een toename van 6% en
  - . de poli APZ een enorme toename van 125% vertonen;
- landelijk het opnamepromillage waaraan geen psychiatrische expertise te pas is gekomen, toeneemt. In negen jaar vertonen de niet door een psychiater geïndiceerde psychiatrische opnamen een toename van maar liefst 99%. De belangrijkste toeleveringskanalen hierbij zijn:
  - . de huisartsen, wier opnamepromillage stijgt met 96% en in 1978 een waarde bereikt van 0,59. Qua aandeel is

- . de groep 'anderszins' weliswaar minder groot (0,43 in 1978). Door hun stijgingspercentage van 262% vormen ze echter een uitermate belangrijke groep, waaraan bij beleidsvorming ter voorkoming van onnodige psychiatrische opnamen aandacht geschonken zal moeten worden. Deze groep moet in eerste instantie gezocht worden buiten het medische kanaal omdat
- . het medisch kanaal slechts een toename van 14% bewerkstelligt.

Indien we deze ontwikkelingen vergelijken met de gebieden waarin OVS werden toegepast dan zijn er grote verschillen te constateren. De afwijkende ontwikkelingen in de gebieden I en II zijn:

- Het totale opnamepromillage blijft gedurende de onderzoeksperiode constant. De landelijke 'meer'opname verdubbelt hierdoor tijdens de periode van onderzoek.
- Het opnamepromillage van de SPD (de instelling die OVS heeft toegepast) neemt af met  $\pm 50\%$ .
- Het opnamepromillage dat gerealiseerd wordt buiten de SPD om is lager dan landelijk en blijft constant. Dit verschil met de landelijke trend is verdubbeld in de loop van de tijd.
- De procentuele daling van het opnamepromillage via de vrijgevestigde psychiater en zenuwarts is minder.
- Het opnamepromillage via de polikliniek van het APZ neemt niet toe.
- Het psychiatrische kanaal in zijn geheel gaat minder opnemen.
- Het opnamepromillage van de niet outreaching werkende instanties blijft evenwel constant.
- Het opnamepromillage dat zonder expertise van een psychiater tot stand komt, stijgt beduidend minder;



het verschil met het land in deze wordt ruim twee maal zo groot.

- De opnamen via het medisch kanaal en de huisarts blijven constant.

De ontwikkelingen in de opnamestroom van de OVS-gebieden verschillen in sterke mate van de landelijke trend. Ook de ontwikkelingen in gebied III wijken opvallend af van die in de OVS-gebieden namelijk:

- Het opnamepromillage blijft wel konstant maar ligt beduidend hoger, toename van het verschil ten aanzien van de landelijke trend is slechts half zo groot; van essentieel belang voor het constante opnamepromillage is de sterke daling ervan in 1978.
- Het opnamepromillage van de SPD stijgt maar liefst 30%, waardoor het verschil met het land zelfs van teken omkeert.
- Het niet-SPD opnamepromillage is dienovereenkomstig lager.
- De daling van het opnamepromillage via de vrijgevestigde psychiater en zenuwarts is groter
- Het opnamepromillage waarbij de indicatie is gesteld door een psychiater blijft constant, evenals dat van het niet-psychiatrische kanaal.
- De opnamepromillages van de polikliniek van het APZ en van de niet outreaching werkende psychiatrische instanties zijn minder.

Dat PAAZ-opnamen mogelijk een verklarende factor zijn voor de verschillen in opnamestroom en opnamepromillage tussen de onderzochte gebieden kan niet worden ontkend. Het bewijs van hun invloed kan echter niet worden geleverd. Het bewijs dat OVS de opnamestroom hebben beïnvloed, kan ook niet worden geleverd, evenmin als het bewijs van het tegendeel.

Hoewel de invloed van OVS op de opnamestroom niet echt

bewezen kan worden, wordt deze m.i. wel aannemelijk door-dat:

- Het totale opnamepromillage van de OVS-gebieden achter blijft bij de landelijke stijging. Hoewel gebied III een soortgelijke ontwikkeling vertoont t.o.v. de landelijke trend is deze slechts half zo groot.
- Er verschillen optreden in de opnamestroom tussen de gebieden I en II enerzijds en gebied III anderzijds, ondanks het feit dat de drie gebieden gebruik gemaakt hebben van dezelfde PAAZ-voorzieningen.
- Het opnamepromillage in gebied III tot 1978 een stijging vertoont in tegenstelling tot dat van de OVS-gebieden. Dit verschil treedt op ondanks dat het patroon van voorzieningen tot in 1977 gelijk is gebleven in deze drie gebieden.
- Het opnamepromillage in gebied III een sterke afname vertoont in het jaar volgend op de toename van het aantal PAAZ-bedden, welke daling niet wordt waargenomen in de OVS-gebieden.
- De daling van het opnamepromillage in gebied I wordt ingezet in 1974.
- Het opnamepromillage van de SPD in de OVS-gebieden daalt met 50%, terwijl landelijk een toename met 6% en in gebied III met 30% via dit kanaal worden gevonden.
- De daling van het opnamepromillage van de SPD in de OVS-gebieden niet gepaard is gegaan met een toename van het aantal PAAZ-opnamen via die SPD. Uit de teamregistraties is bovendien gebleken dat, in de OVS-gebieden, het aantal nieuwe aanmeldingen bij de SPD vanaf 1974, jaarlijks is toegenomen. Het aantal nieuw aangemelde patiënten met ernstige psychiatrische problemen is hierdoor procentueel echter niet afgenomen.

De gegevens van deze samenvatting zijn cijfermatig bijeengebracht in tabel I.

Tabel I Geschatte opnamepromillages in 1970 en 1978 met eventueel een extremum en de verandering  $\Delta$  over deze periode in %. Als geen der regressieanalyses een significant resultaat oplevert, is het gemiddelde ingevuld

Totaal					SPD				
	I	II	III	land	I	II	III	land	
1970				1,81	0,47	0,48	0,74	0,74	*significantie $p \leq 0,06$
extr.									
(jaar)	1,26	1,05	1,47	2,44(77)	0,65(73)*			0,90(74)	
1978				2,42	0,28	0,20	0,97	0,78	
$\Delta$ in %				+ 34	- 42	- 59	+ 30	+ 6	
(70)									
$\Delta$ land	-0,64	-0,8	-0,58			-0,34	-0,08		
					-0,31				
(78)									
$\Delta$ land	-1,32	-1,57	-0,95			-0,66	0,11		
NIET-SPD					VRIJGEVESTIGDE ZENUWARTS				
1970				1,05	0,31		0,17	0,34	
extr.									
(jaar)	0,72	0,71	0,61		0,13(75)	0,16			
1978				1,61	0,19		0,07	0,15	
in %				+ 54	- 38		- 58	- 57	
(70)									
$\Delta$ land	-0,31	-0,45	-0,50				-0,17		
					-0,05	-0,08			
(78)									
$\Delta$ land	-0,74	-0,89	-1,06				-0,08		

poli APZ					PSYCHIATRISCH KANAAL			
	I	II	III	land	I	II	III	land
1970				0,13	0,85	0,77		1,21
extr.								
(jaar)	0,15	0,15	0,10		0,98(73)		1,07	1,35(74)
1978				0,29	0,61	0,52		1,21
$\Delta$ in %				+ 125	- 28	- 33		
(70)								
$\Delta$ land			-0,04		-0,30	-0,52		
	-0,06	-0,06					-0,22	
(78)								
$\Delta$ land			-0,20		-0,56	-0,78		
NIET-OUTREACHING PSYCH. KANAAL					NIET-PSYCH. KANAAL			
1970				0,47	0,31			0,60
extr.								
(jaar)	0,33	0,31	0,21			0,41	0,40	
1978				0,44	0,50			1,20
$\Delta$ in %				- 7	+ 59			+ 99
(70)								
$\Delta$ land					-0,34	-0,29	-0,30	
	-0,12	-0,14	-0,24					
(78)								
$\Delta$ land					-0,75	-0,79	-0,79	

HUISARTS					MEDISCH KANAAL			
	I	II	III	land	I	II	III	Land
1970				0,30				0,72
extr.								
(jaar)	0,14	0,24	0,24		0,38	0,44	0,43	
1978				0,59				0,83
$\Delta$ in %				+ 96				+ 14
(70)								
$\Delta$ land	-0,19	-0,07	-0,09		-0,40	-0,33	-0,35	
(78)								
$\Delta$ land	-0,41	-0,33	-0,30					
land					ANDERSZINS			
1970								0,12
extr.								
(jaar)		0,09			0,06			0,44 (77)
1978								0,43
$\Delta$ in %								+ 262

De waargenomen veranderingen hebben wij nog eens op een andere wijze samengevat in tabel II. Waar geen sprake is van significante veranderingen wordt dit weergegeven met: 0. Een gedurige stijging wordt, wanneer de stijging per jaar van het opnamepromillage minder is dan 0,030 weergegeven met: +. Een stijging per jaar van het opnamepromillage groter dan 0,030 resulteert in: ++. Analoog hieraan worden dalingen weergegeven door: - of --. De gekozen caesuur van 0,030 correspondeert met een toename respectievelijk afname van 2 à 3 opnamen per jaar in de gebieden I, II of III. Als de stijging of de daling in een bepaald gebied een maximum respectievelijk een minimum bereikt, dan wordt het jaartal waarin dit extremum wordt bereikt tussen ronde haken toegevoegd aan: + respectievelijk -.

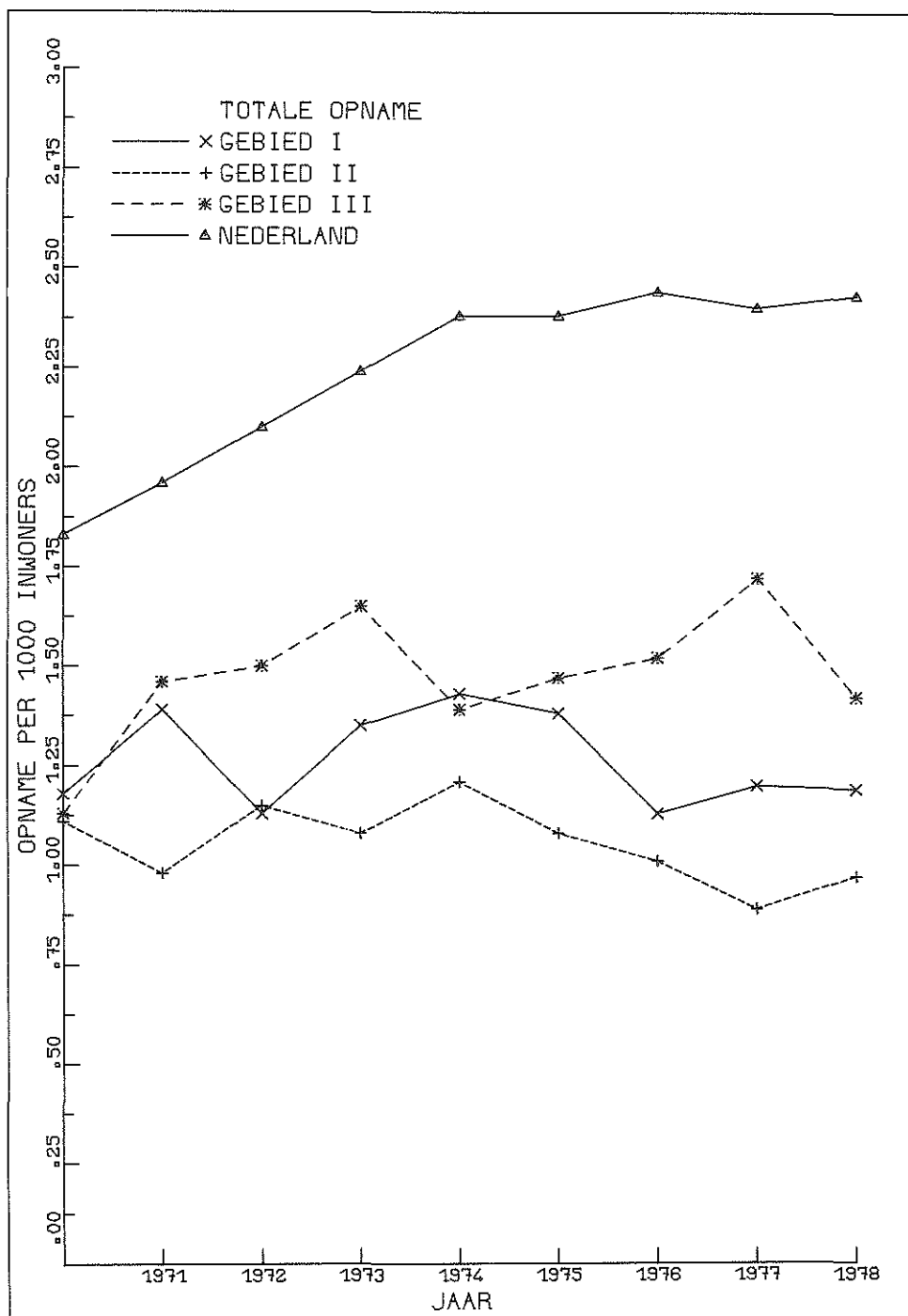
Tabel II

Trends in opnamepromillage per opnemende instantie per gebied.

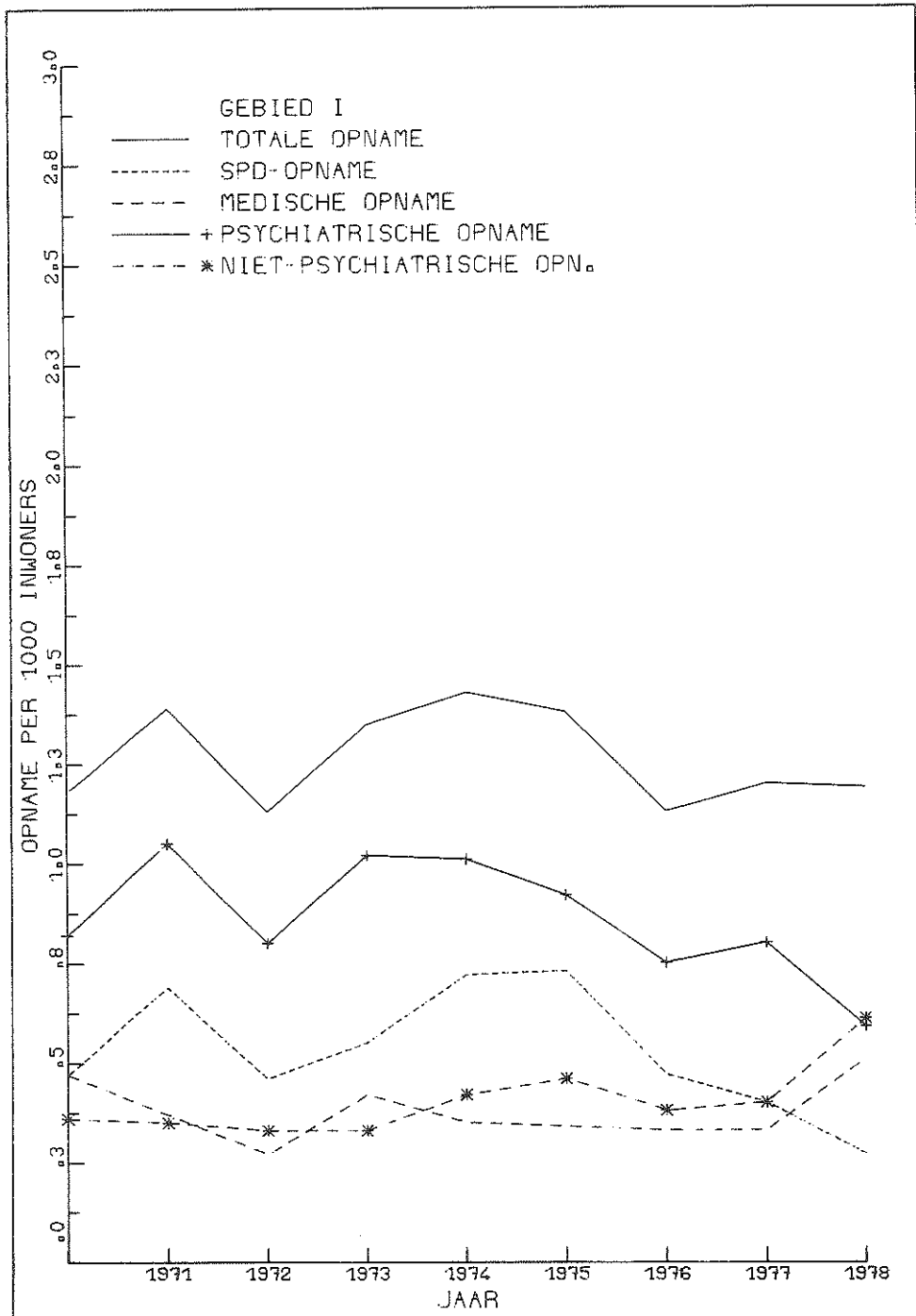
Opname %o	Gebied			
	I	II	III	Land.
Totaal	0	0	0	+ (77)
SPD	+ (73)*	--	+	+ (74)
Niet-SPD	0	0	0	+ (80)
Poli-APZ	0	0	0	+
VZA	- (75)	0	-	-
Psychiatr.-kan.	+ (73)	--	0	+ (74)
Niet-outreaching				
-Psychiatr. kan.	0	0	0	-
Niet-Psychiatr.kan.	+	0	0	++
Huisarts	0	0	0	++
Medisch-kan.	0	0	0	+
Andere artsen				0
Justitie				0
Anderszins				++(77)

\* = significant voor  $p \leq 0,06$ .

GRAFIEK I

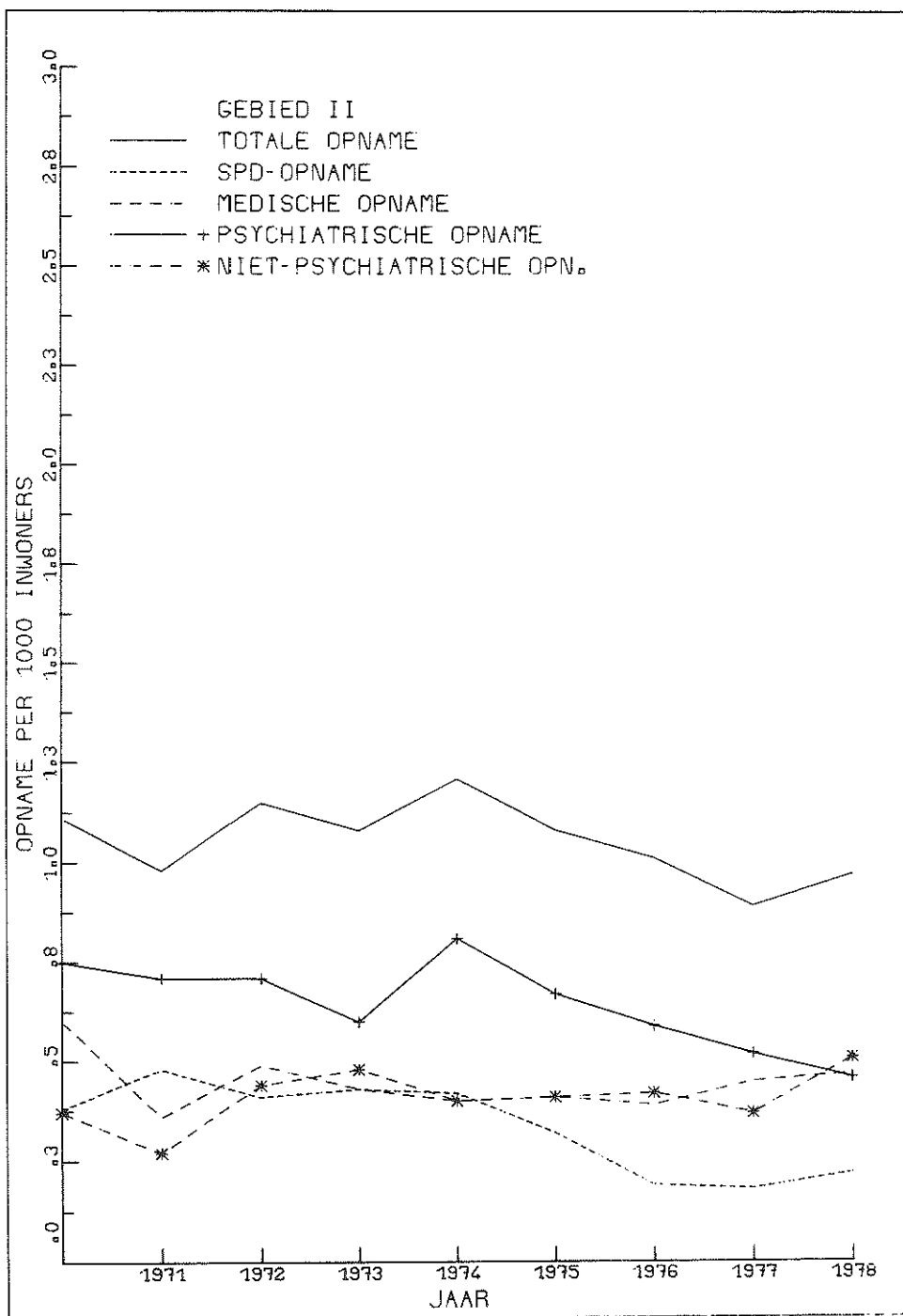


GRAFIEK IIa

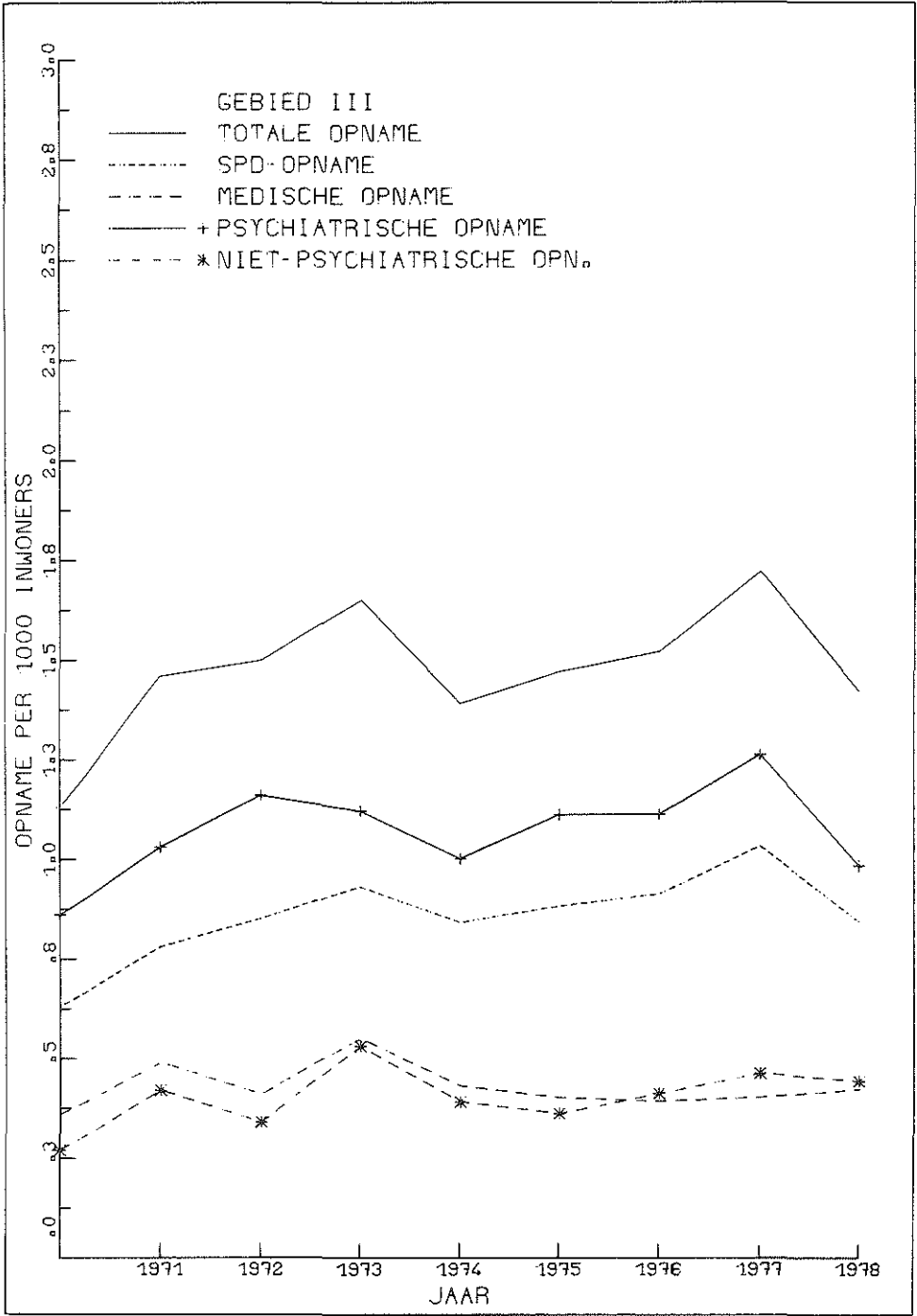




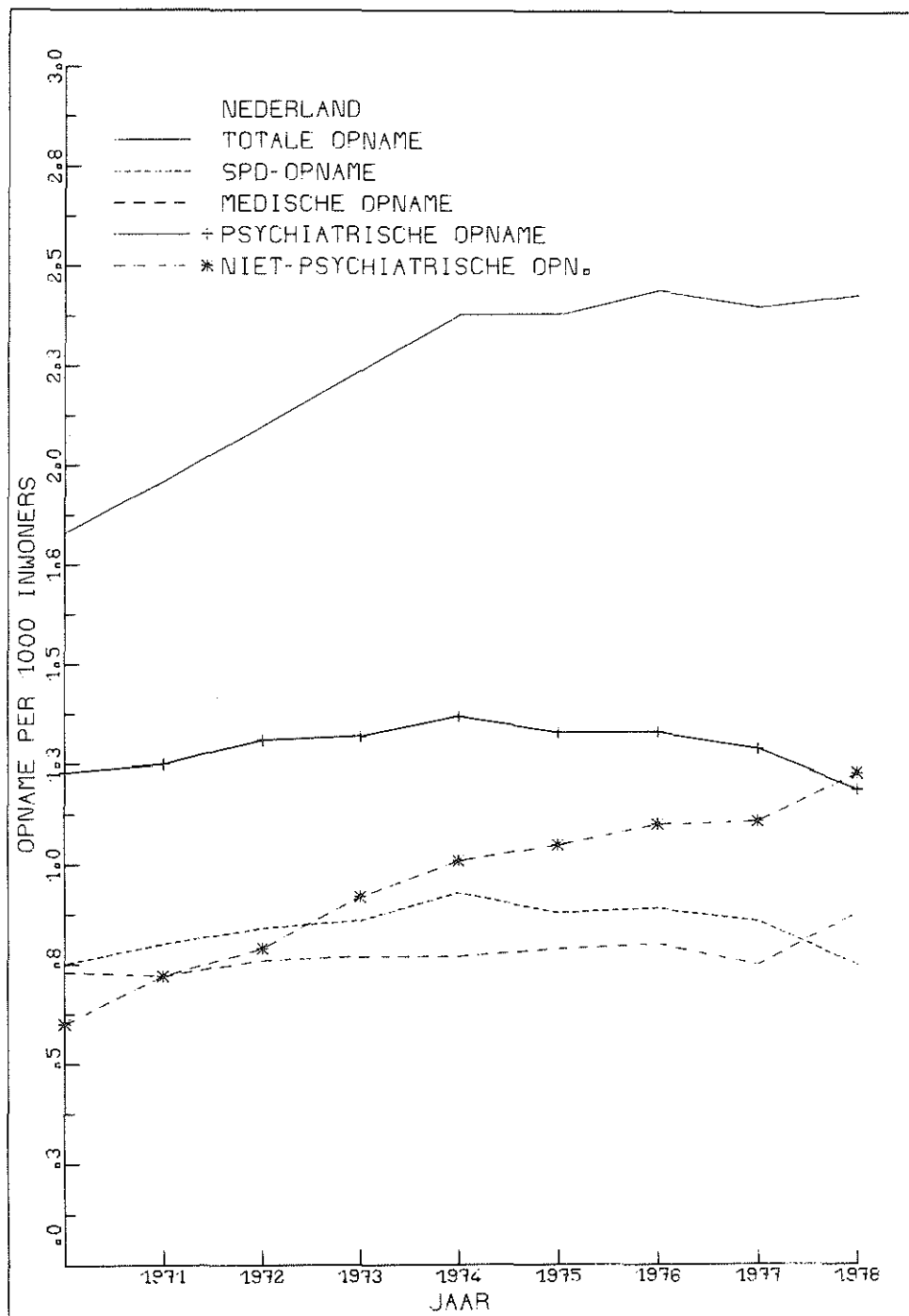
GRAFIEK Iib



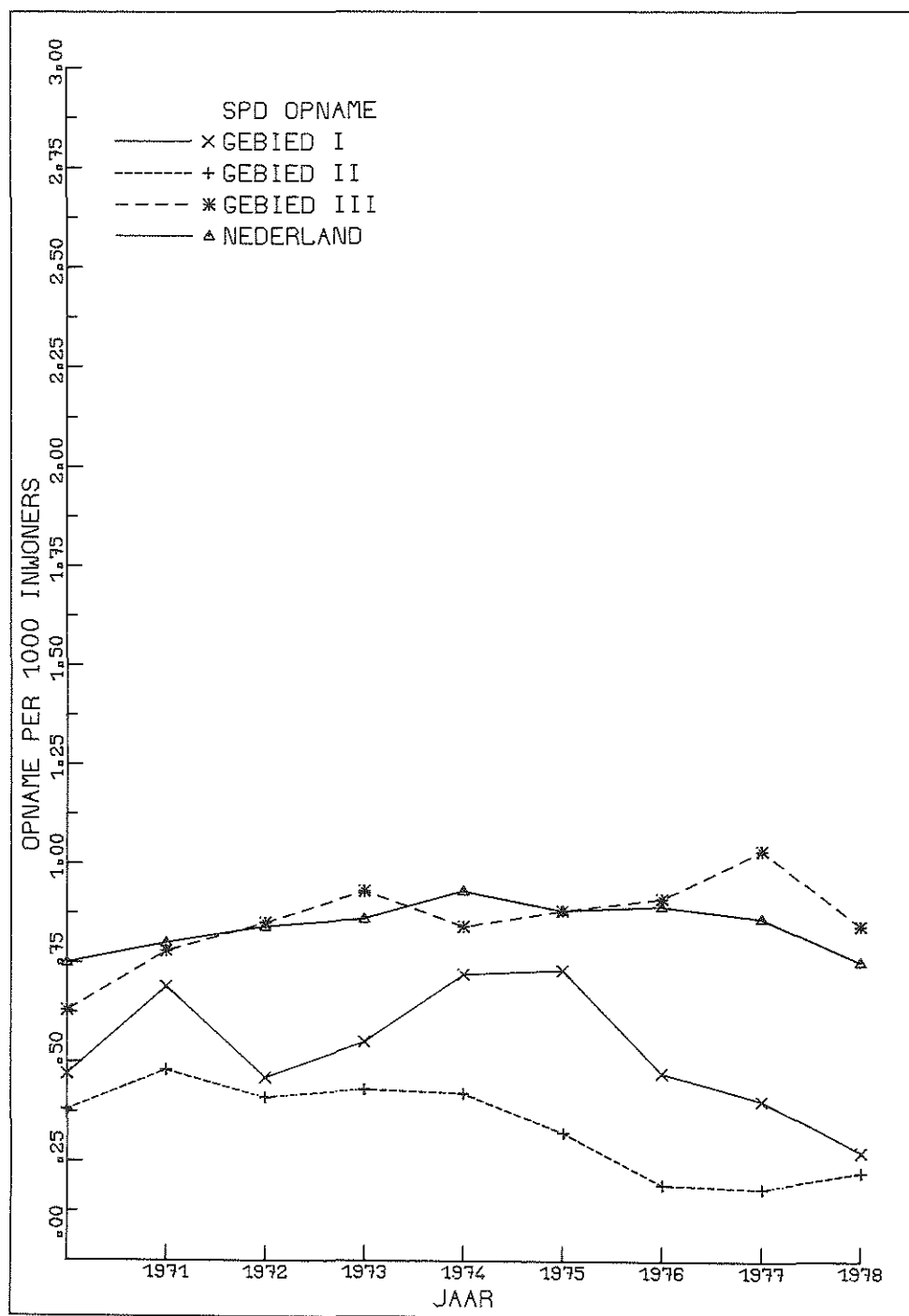
GRAFIEK IIc



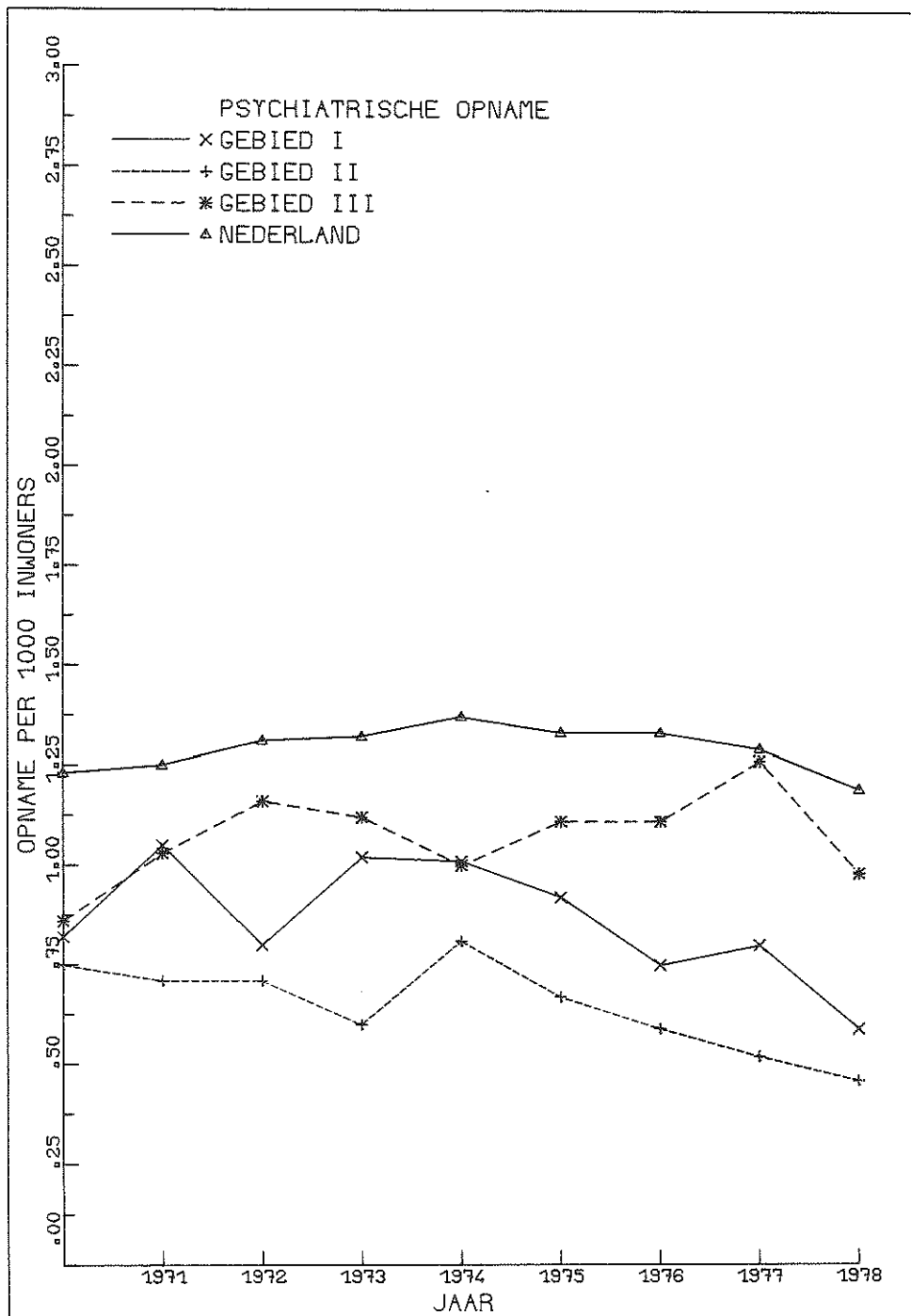
GRAFIEK IId



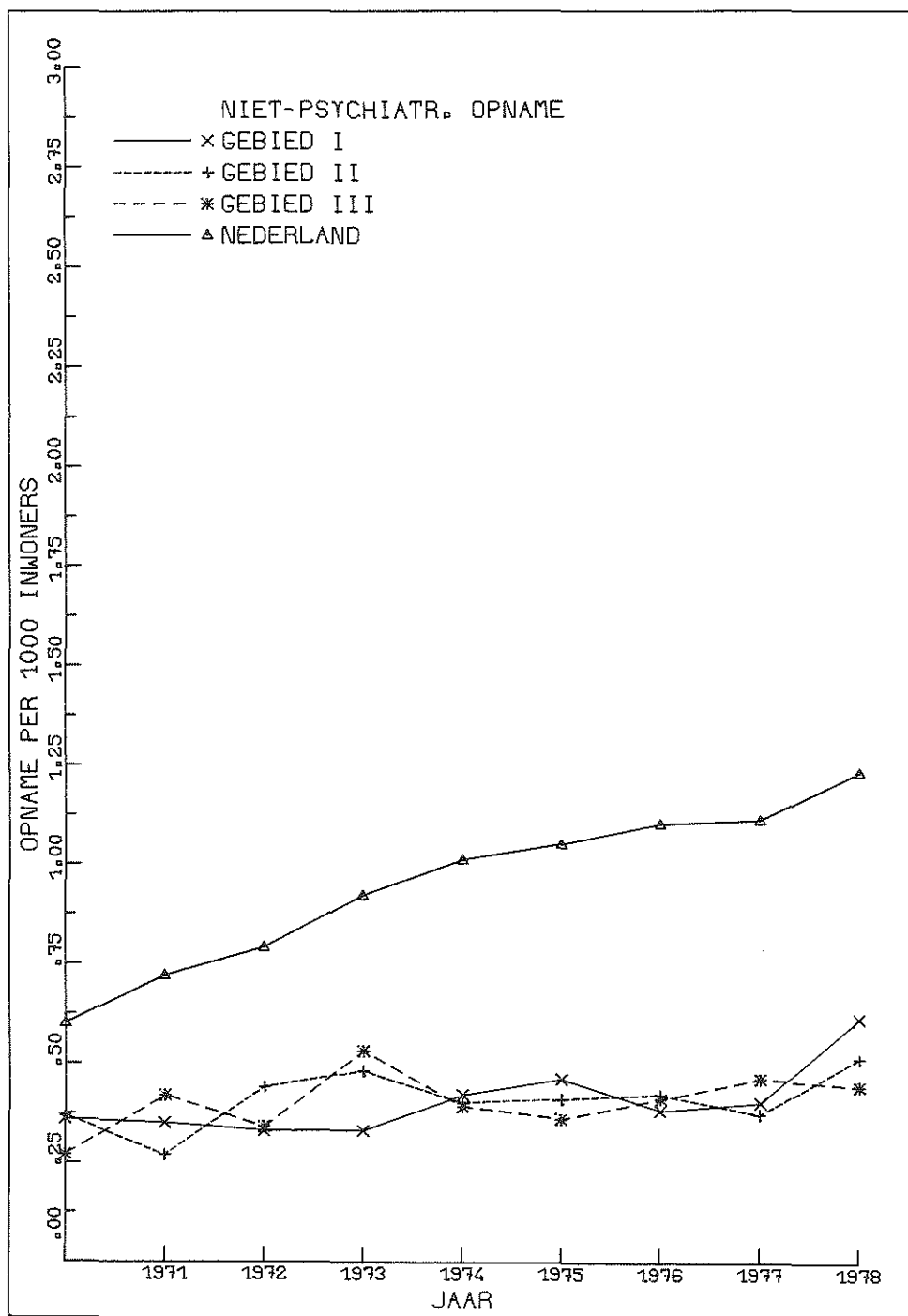
GRAFIEK IIIa



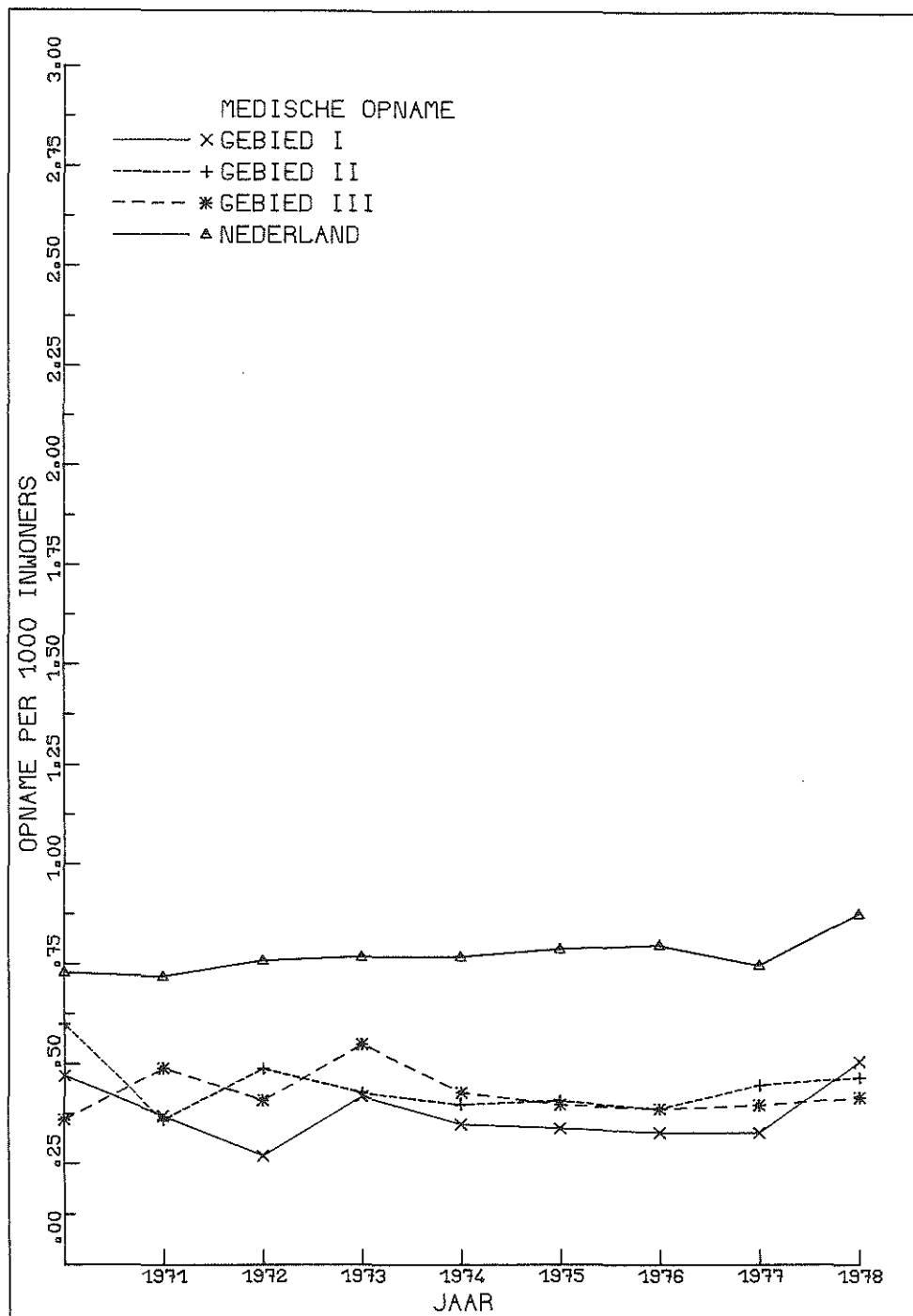
GRAFIEK IIId



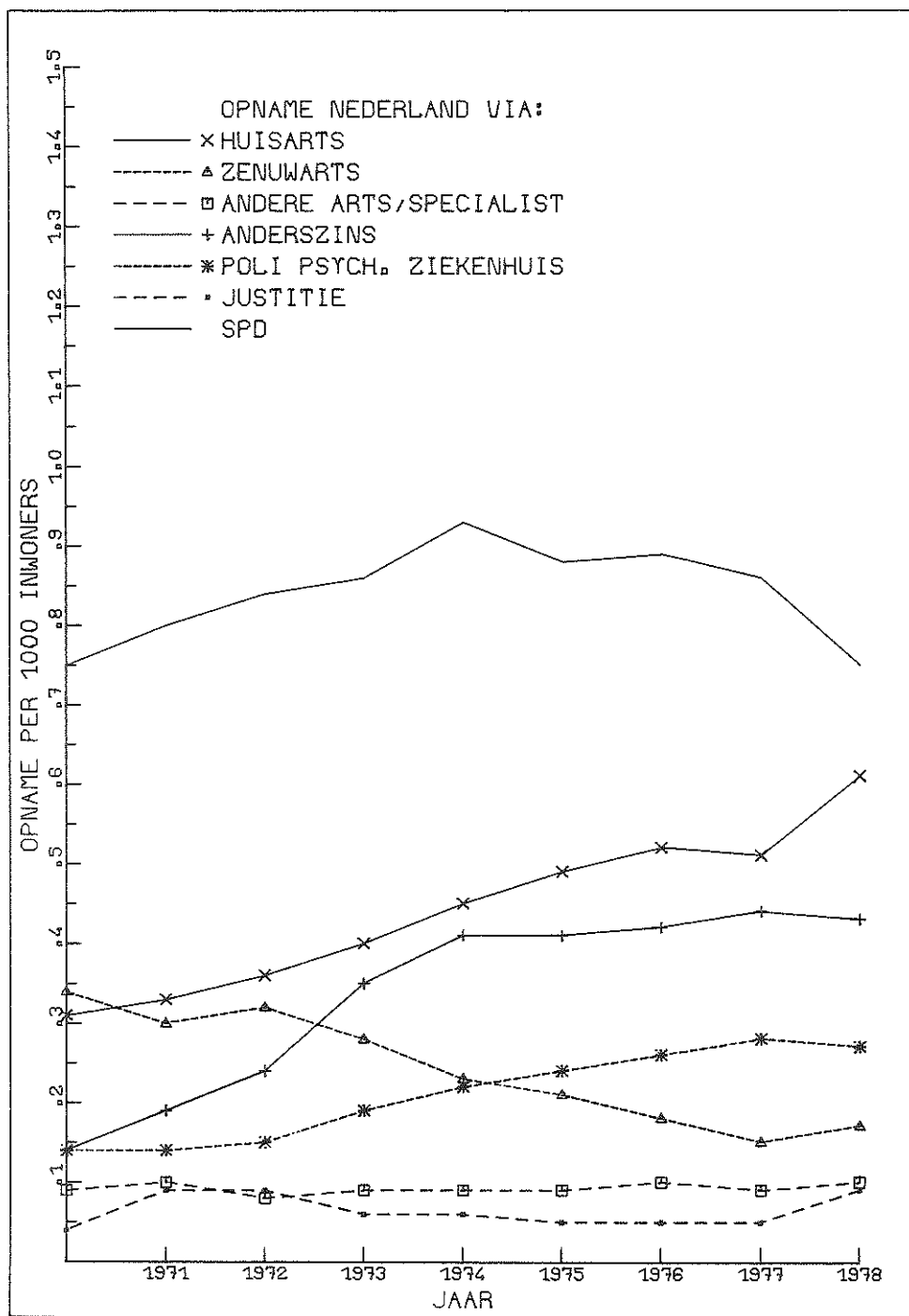
GRAFIEK IIIc



GRAFIEK IIId

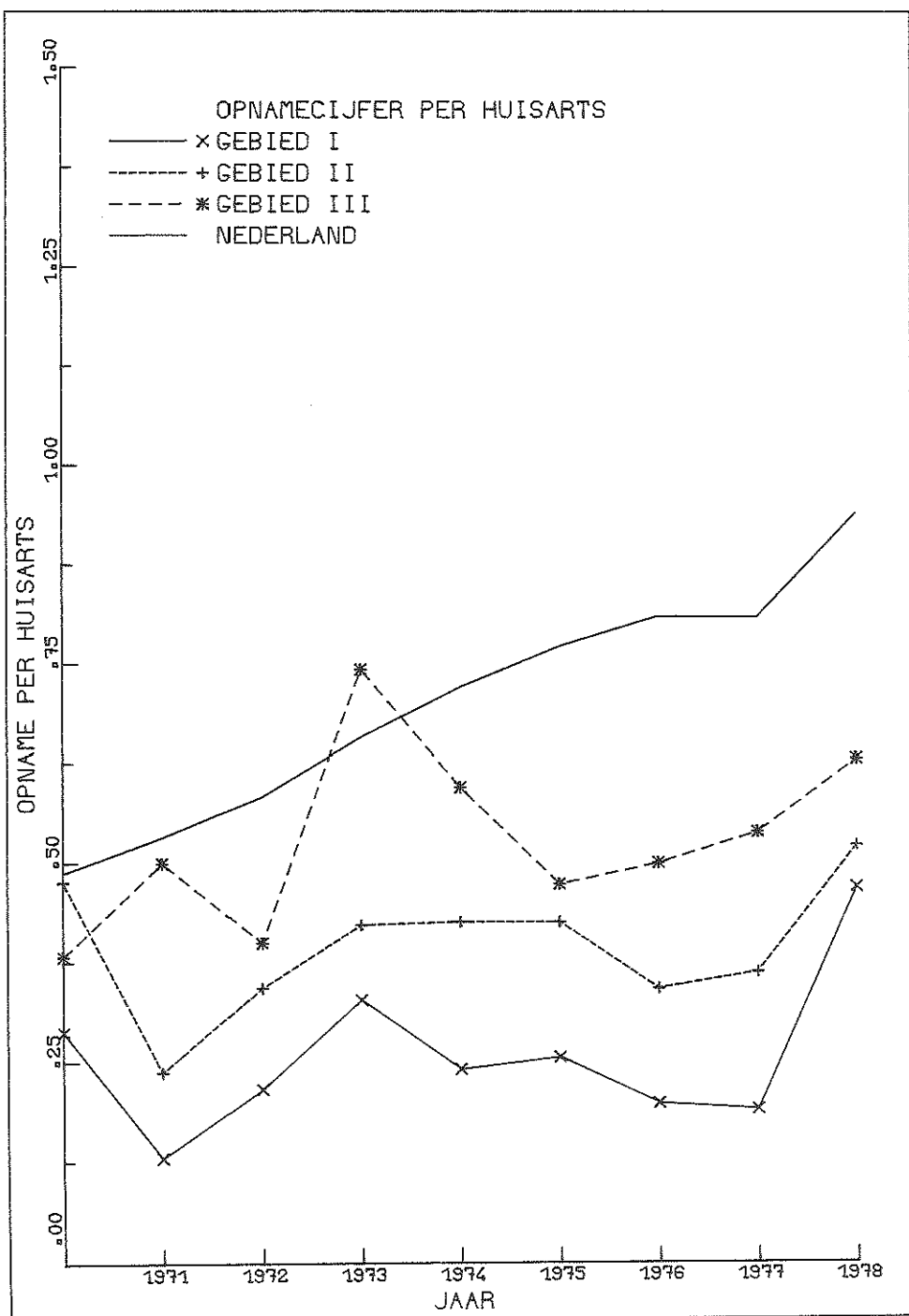


GRAFIEK IV





GRAFIEK V



De beoordeling van deze gegevens is onlosmakelijk verbonden met de visie op de hulpverlening en de mensvisie van de beoordelaar (vgl. Jenner & Frets, 1980). Zo zullen voorstanders van een ambulante therapie de stijging van het totaal aantal opnamen per 1000 inwoners negatiever beoordelen dan voorstanders van een langerdurende intramurale behandeling. Wie van oordeel is dat de indicatiestelling tot opname specialistische kennis vereist, zal de afname van het aandeel daarin van het psychiatrisch kanaal een zorgwekkende ontwikkeling vinden. Staat men daarentegen een rigoreuze verschuiving van de hulp naar het eerste echelon voor dan zal deze ontwikkeling minder worden betreurd. Een zelfde geluid, echter om geheel andere redenen, kan worden verwacht van groeperingen die stellen dat psychiaters zich niet mogen laten misbruiken voor het opnemen (uit de maatschappij verbannen) van patiënten.

Ons zijn geen Nederlandse onderzoeken bekend die dergelijke waardeoordelen rechtvaardigen. Op grond van Amerikaanse onderzoeken (vgl. Langsley, et al., 1968-a, 1969, 1971; Langsley & Yarvis, 1978; Decker & Stubblebine, 1972; Herz, et al., 1975, 1976, 1977 & 1979; Mattes, 1982) hebben wij voorkeur voor ambulante behandelingen, wanneer dit verantwoord is. Wij willen ons echter minder bezighouden met het beoordelen van goed of slecht, maar meer met het zoeken naar verklaringen voor de gevonden ontwikkelingen. Deze verklaringen zullen grotendeels niet bewijzend kunnen maar tentatief moeten zijn. Ze vormen de weergave van gedachten die opkomen bij de bestudering van de onderzoeksdata. Sommige zoals de complexiteit van de maatschappij, zijn reeds lang bekend en vaak ook bestreden. Wij hebben gemeend er goed aan te doen om zoveel mogelijk overwegingen te

rubriceren. Dit biedt de mogelijkheid om in de toekomst de relatieve importantie van elke factor te onderzoeken. Onderzoek dat wij noodzakelijk vinden wanneer aan bepaalde uitkomsten, beleidsconsequenties verbonden zouden worden. Zoals bij onderzoek gebruikelijk is, roept ook deze studie nieuwe vragen op. Het zoeken naar de antwoorden daarop vereist echter nieuw onderzoek met een andere opzet.

4.4.1 De landelijke toename van het totale opnamepromillage is zeker multifactorieel bepaald. Hierbij maken we onderscheid tussen opnamebevorderende tendensen en opnameverminderende. Bevorderend werken:

- De structuur van de maatschappij. Deze wordt ingewikkelder, de regels ondoorzichtiger en de relatie met het individu onpersoonlijker. Het individu raakt vervreemd en verliest hierdoor aan vermogen tot problemsolving waardoor in toenemende mate stress optreedt. Door het uiteenvallen van sociale verbanden, het afnemen van burenhulp e.d., doen zich deze ontwikkelingen nog sterker voelen. Pierloot (1978) heeft op de complexiteit van dit probleem gewezen, maar tegelijkertijd de invloed ervan sterk gerelativeerd.
- Medicalisering van ongenoegen en onvrede. Enerzijds is hierbij van belang een toenemende waardering van zelfontplooiing, een grotere nadruk op individualisering en verkregen rechten. Anderzijds lijken hierin economische belangen ook een rol te spelen. Bedrijven kunnen zich middels de WAO ontdoen van werknemers zonder dit middels een ontslagprocedure te hoeven bevechten. Spanningen op het werk worden ook voor de werknemer voordeliger opgelost via de sociale uitkering dan door ontslag. De overheid kan om politieke redenen eveneens de voorkeur geven aan WAO'ers boven

werklozen. Jenner (1981-a) heeft in deze gewezen op het in ongerede raken van de diagnose dysforie die niet uitkeringswaardig is en de toename van de diagnoses depressie en functionele pijnklachten die dit wel zijn. De kritiek die uitgeoefend is op het medische model heeft deze trend niet kunnen stoppen. Eerder lijkt er sprake van een spreidingseffect zodat in analogie van medicalisering, gesproken zou kunnen worden over psychosocialisering.

- De toenemende vraag naar en het groeiende aanbod van psychotherapie hebben het invoeren van psychosociale hulp bij velerlei problemen gepopulariseerd. De psychiatrie is niet langer alleen voor "gekke", ook mensen met "gewone" problemen komen om hulp. Er is sprake van een verlaagde drempel bij de toegang naar de psychiatrie. Mastboom (1981) schrijft: "Steeds meer patiënten met steeds minder ernstige problematiek komen in een steeds vroeger stadium in aanraking met het moderne psychiatrische centrum" (p.73).

Deze trend kan geleid hebben tot een toenemend aantal opnamen waarbij geen sprake is van grande-psychiatrie. Onderzocht moet worden of de opkomst van het kanaal 'anderszins' hiermede in verband staat. Is hier bijvoorbeeld sprake van opnamen door particulier werkende psychotherapeuten, door psychotherapeutisch geschoolde maatschappelijk werkers of medewerkers van de Sociale Dienst? Melden patiënten zich bij heropnamen mogelijk zelf aan, zonder verwijzende instantie?

- Een opname kan zowel terecht als ten onrechte zijn, maar kan ook ten onrechte niet hebben plaatsgevonden. Over onterecht niet opnemen (vals negatieve indicatie) ontvangt een behandelaar terugkoppeling wanneer de patiënt zich alsnog niet kan handhaven in de maatschap-

pij. Een onterecht opgenomen patiënt (vals positieve indicatie) kan door de-opname-zelf niet meer 'bewijzen' dat een foute indicatie werd gesteld. Vals positieve indicaties geven derhalve i.t.t. vals negatieve, geen corrigerende terugkoppeling. De terugkoppeling van een gemiste opnameindicatie en het achterwegeblijven van deze terugkoppeling bij vals positieve indicaties werken (her)opnamebevorderend.

- Elke opname die wordt ervaren als probleemoplossing verhindert het vinden van alternatieven en werkt heropname bevorderend (vgl. Jenner & Frets, 1981).
- Inzichten in de nadelige neveneffecten van psychiatrische opnamen (hospitalisatiesyndroom) hebben de visie op de zin van langdurige opnamen ingrijpend veranderd. Grote groepen chronische patiënten werden als reactie hierop ontslagen. Sommigen hunner bleken onvoldoende bestand tegen de eisen van het maatschappelijk gebeuren, anderen hadden onvoldoende sociale vaardigheden (over?) om zich te handhaven. Dit heeft geleid tot (soms meerdere) heropnamen van patiënten ('draaideurfenomeen') die vroeger niet geteld konden worden omdat ze chronisch opgenomen bleven (vgl. Reich, 1973; Lawton, et al., 1977).

Haveman (1980a, b en c) en Jansen (1981) zijn o.a. ingegaan op de vraag in hoeverre hier sprake is van therapeutische- dan wel puur administratieve effecten. Het 'draaideurfenomeen' achten wij een duidelijk voorbeeld van discontinuïteit in de hulpverlening. Ongeacht de oorzaken die hiervoor worden aangegeven (wie men hiervan de schuld wil geven?), is duidelijk dat de thuishulp, dus het gehele circuit van AGGZ-instellingen, er niet in is geslaagd de benodigde alternatieven te ontwikkelen en/of aan te bieden. Succesvolle OVS helpt een gedeelte van dit probleem oplossen: waar

niet opgenomen hoeft te worden, kan de deur niet draaien. Anders gezegd: het draaideur fenomeen onderstreept de noodzaak om alternatieve ambulante oplossingen te ontwikkelen. De OVS kunnen een belangrijke rol hierin vervullen.

Van de tendenzen die naar onze mening zullen leiden tot minder psychiatrische opnamen, noemen wij:

- Op geleide van vergelijkende onderzoeken naar het effect van de opnameduur wordt de opnameduur bekort. Auteurs als Caffey, et al. (1971), Glick, et al. (1974-a en b, 1976-a, b en c) en Hargreaves, et al. (1977) vinden dat de resultaten van een opname van enkele weken niet onderdoen voor intramurale behandeling van enige maanden. Bij de groep 'korte-opname' blijken evenveel tot minder heropnamen nodig dan bij de langduriger opgenomen patiënten. Bevindingen die door de studies van de groep Herz, c.s. (1975, 1976, 1977, 1978, 1979-a en b) en van die van Mattes, et al. (1977-a en b, 1979) zijn bevestigd. Herz & Endicott concluderen n.a.v. een follow-up na twee jaar dat een korte opname:

- 1) niet leidt tot grotere belasting van de familie;
- 2) noch tot ernstiger psychopathologie;
- 3) maar wel tot beter sociaal functioneren.

Mattes (1982) konkludeert in zijn evaluatie-artikel dat: "... uitgaande van een competente staf, een redelijke, goedgeмотiveerde poging tot opnamevoorkoming succes heeft bij vele, zo niet bij de meeste psychiatrische patienten" (p. 826). Hoewel andere onderzoekers deze bevindingen aanvechten, is de invloed van eerstgenoemde onderzoeken indrukwekkend. Deze ontwikkeling wordt nog versterkt door een in de westerse landen toenemende interesse in ambulante behandelingen: in Italië Basaglia (1980) en in Amerika

de CMHC-beweging en publikaties over het effect van ambulante crisisinterventie (vgl. Langsley, 1968 a en b, 1969, 1971; Langsley & Yarvis, 1978). Langsley, et al., maar ook Decker & Stubblebine (1972) claimen dat de resultaten van ambulante crisisinterventie minstens zo goed zijn als die van een opname. Een trend die ook bij follow-up na respectievelijk anderhalf en twee jaar nog aanwezig blijkt. Langsley, et al. onderzochten hiervoor patiënten waarbij de indicatie tot opname reeds was gesteld. At random werden 150 patiënten hiervan niet opgenomen maar alsnog thuis behandeld. Patiënten die behandeld werden met ambulante crisisinterventie bleven daardoor langer buiten het APZ. Hierdoor zou vergeleken met de opgenomen patiënten hun kans - gemeten in 'extramurale' tijd - op een heropname moeten toenemen. Desondanks werd een kleiner percentage van de patiënten die behandeld werden met ambulante crisisinterventie heropgenomen vergeleken met hen die direct werden opgenomen.

In hoeverre een kortere opname zelf mogelijk predisponeert tot heropname blijft vooralsnog onduidelijk. Attkinson (1975) en Greenblatt & Glazier (1975) hebben de gevaren van prematuur ontslag beschreven. Daarentegen concludeert Mattes (1982) na een vergelijkend onderzoek: "de studies die verschillende opnameduur en alternatieven voor opname hebben onderzocht, wijzen in de richting dat een langere opnameduur de kans op heropname niet doet afnemen, maar het aantal ervan doet toenemen" (p. 827).

#### 4.4.2 De indikatiestelling door de psychiater

Een psychiatrische opname is een complex gebeuren waarin velerlei overwegingen een belangrijke rol behoren te spelen

(vgl. Giel, 1979; Schudel, 1979-c; Jenner & Frets, 1981).

De indicatiestelling tot een psychiatrische opname vinden wij een specialistische handeling die dient te gebeuren door of in overleg met een psychiater. De indicatie tot opname blijkt in elk der vier gebieden tot 1978 merendeels door het psychiatrisch kanaal te zijn gesteld. De SPD heeft hierin het grootste aandeel. Het opnamepromillage waarbij de indicatie niet werd gesteld door een psychiater overtreft in 1978 echter de door een psychiater geïndiceerde opnamen. Wij achten deze ontwikkeling waarbij de tweedelijns psychiatrie in toenemende mate wordt omzeild bij de opnameindicatie voor het APZ, verontrustend.

Bij deze ontwikkeling lijken van belang: het afnemend aandeel der vrijgevestigde psychiaters en zenuwartsen en het sterk toenemende aandeel van de huisartsen en van de niet nader omschreven groep 'anderszins'. Verdergaand onderzoek naar de achtergronden van deze ontwikkelingen achten wij onmisbaar, wanneer verantwoorde (voorkoming van) opname wordt beoogd. Wij denken hierbij aan nadere specificatie van de groep 'anderszins'. Verder aan onderzoek naar het terugverwijspatroon van het APZ bij ontslag, aan de invloed van (gebrekkige?) nazorg en naar mogelijke verschillen in heropnamestromen vergeleken met eerste opnamen. De invloed van PAAZ-opnamen achten wij eveneens belangrijk.

#### 4.4.3 De rol van de SPD

De interessesfeer van de SPD-en heeft in de jaren zeventig, ingrijpende veranderingen ondergaan. Middels andere methodieken en een zich wijzigende visie op hulpverlening hebben de SPD-en zich zo niet gericht op andere doelgroepen, dan toch zeker een andere populatie (cliënten) aangezogen (vgl. Ten Horn, 1979; Van den Bosch, 1980, 1981; Mastboom, 1981; Sorel, 1982). Psychotherapeutische technieken werden in



toenemende mate gebruikt. Aan criteria als motivatie, hulpvraag en behandelbaarheid werd een zwaarder gewicht toegerekend. De doelgroep werd zodoende de relatief beter behandelbare cliënt, waardoor relatief minder tijd resteerde voor recidiverende klachten en chronische patiënten. In meerdere gebieden werden wachtlijsten ingevoerd, in enkele gebieden gold dit zelfs voor crisisaanmeldingen. Tekorten die zich blijkens de literatuur het sterkst doen voelen buiten de kantooruren. De SPD wordt zelfs verweten haar sociaal-psychiatrische functies zoals opnamebemiddeling en nazorg te verwaarlozen (vgl. Schudel, 1979-b; Van Ginneken, 1981; Vuurmans, 1981). Mede om deze redenen lijkt het APZ bij ontslag minder patiënten te verwijzen naar de SPD. Zo is het aantal verwijzingen vanuit psychiatrische centra naar de SPD verhoudingsgewijs teruggelopen vergeleken met het toenemend aantal ontslagen (vgl. NZI, 1980; Mastboom, 1981; Ten Horn, 1982; Sorel, 1982; De Jong et. al., 1983). Veronachtzaming van sociaal-psychiatrische taken zou naar verwachting moeten leiden tot meer heropnamen. Binnen de opzet van dit onderzoek betekent dit: een groter totaal opnamepromillage. Het lijkt ook niet onlogisch te veronderstellen dat de geponeerde nalatigheid zichtbaar zal worden in een dalend SPD-opnamepromillage en een daaraan gecorreleerde toename via andere kanalen.

Het opnamepromillage van de SPD blijkt tijdens de periode van onderzoek landelijk niet afgenomen te zijn. Er is sprake van een optimum-kromme waarbij het opnamepromillage in 1978 ongeveer gelijk is aan dat van 1970. Verder onderzoek in de tijd lijkt hier echter gewenst. Een vrijwel analoog beeld vertoont gebied I. Een gedurig significante daling vinden we in gebied II en een gedurig significante stijging in gebied III. Van een daling van de SPD-opnamen kan derhalve niet worden gesproken. De optimum-krommen van

gebied I en van het land zouden geïnterpreteerd kunnen worden als een daling vanaf het jaar waarin het optimum is bereikt. Zo beredeneerd zou er sprake zijn van een dalend SPD-promillage in de gebieden I, II en land. Landelijk werden weliswaar significant meer opnamen per duizend inwoners gerealiseerd buiten de SPD om ( $p \leq 0,005$ ). Hier is echter sprake van een relatieve vermindering, niet van een absolute daling. Niet zozeer is de SPD minder gaan opnemen, maar andere instanties zijn meer gaan opnemen. Omdat evenmin een significante correlatie wordt gevonden tussen de 'SPD-opnamen' en de 'niet-SPD-opnamen' ondersteunt ons onderzoek niet de kritiek als zou de SPD haar opnamebemiddelende taak in kwantitatieve zin hebben verwaarloosd. Aangezien deze correlatie evenmin significant blijkt te zijn in de gebieden waarin OVS werden toegepast, lijkt de conclusie gewettigd dat OVS niet behoeven te leiden tot een verwaarlozing van de opnamebemiddelende taak.

Het landelijk totaal promillage lijkt in grote lijnen de trend te volgen van de niet-psychiatrische opnamen. Daarentegen volgt de trend van het totaal opnamepromillage in de drie deelgebieden het patroon van de SPD-opnamen (vgl. grafiek II a, b, c en d).

Hieruit blijkt dat de SPD een belangrijke rol kan spelen in de wijze waarop in een gezondheidsregio de opnamen in het APZ worden gerealiseerd. Vergelijken we nu de SPD-opnamestroom van de onderzoeksgebieden met elkaar dan vertoont gebied III overeenkomst met het land, maar vertoont gebied I overeenkomst met gebied II. Het verschil in SPD-opnamepromillage tussen beide groepen neemt toe in de loop van de tijd. Anders gezegd: de trend van het totaal opnamepromillage in de gebieden I t/m III vertoont overeenkomst ondanks toenemende kwantitatieve verschillen in het SPD-opnamepromillage tussen enerzijds de gebieden I + II en anderzijds

gebied III. Het trendverschil tussen het landelijk totaal opnamepromillage en dat der deelgebieden lijkt derhalve minder gezocht te moeten worden in kwantitatieve verschillen tussen de SPD-en dan in kwalitatieve.

De SPD-teams van de gebieden I en II verschilden vanaf 1973 sterk met dat van gebied III in hun visie op hulpverlening en in de methodieken die werden gepraktiseerd (zie blz.186 ad 4.2.2). Het - t.o.v. het landelijk cijfer - lage opnamepromillage via het niet-psychiatrische kanaal dat de drie deelgebieden gemeenschappelijk hebben, zal dan ook eerder gezocht moeten worden in overeenkomsten tussen deze laatste gebieden dan in hun onderlinge verschillen. De volgende factoren lijken ons hierbij van belang:

- a) Een principieel afwijzen van een wachtlijst door de SPD-teams van de drie deelgebieden.
- b) Nadruk op 'outreaching facilities'.  
Meer dan 50% der face-to-face contacten van de SPD werd besteed aan niet-bureaucontacten. Dit percentage was voor gebied III beduidend hoger dan voor de gebieden I en II. Redenen hiervoor zijn locale verschillen in openbaar vervoer en een verschil in indicatiestelling.
- c) Actieve participatie in en zonodig overname van de opnameprocedure.
- d) Een (blijvende) interesse in (ex)psychiatrische patiënten.

Met het nodige voorbehoud kan worden gesteld dat actieve participatie van de SPD in de behandeling van psychiatrische patiënten, inclusief de beoordeling van en waar nodig de bemiddeling bij opname in het APZ, voorkomt dat zij worden opgenomen buiten het psychiatrisch kanaal om. Deze participatie dient meer te omvatten dan alleen beoorde-

ling/diagnostiek. Een verplichte opnamebeoordeling door de SPD lijkt - gezien de opnamecijfers der grote steden - niet noodzakelijkerwijs te leiden tot een afname van het totale opnamepromillage. Overname en continuering van de behandeling zijn hiervoor kennelijk een vereiste. De invloed van de opnamevoorkomende strategieën in deze bespreken we onder 4.4.7.

#### 4.4.4 De rol van de poli APZ.

Tussen SPD en APZ is tijdens de periode van onderzoek een groeiende animositeit waarneembaar (vgl. Hiddema, 1979; Steilberg, 1979). Deze machtsstrijd blijkt o.a. uit de discussie rond de poliklinieken van psychiatrische centra (vgl. Mastboom, 1981; Van den Bosch, 1980, 1981; Sorel, 1982). Het APZ staat bloot aan kritiek op huisvesting, management en behandelvisie; de SPD wordt nalatigheid ten aanzien van ex-psychiatrische patiënten verweten. Wanneer de RIAGG-en zich analoog aan de Amerikaanse CMHC's gaan ontwikkelen, is hierin geen verbetering te verwachten. Ook in ons land wordt het gevaar van 'ontpsychiatisering' van de RIAGG gesignaleerd (vgl. Giel, 1979; Schudel, 1979-a en c, 1981; Van den Bosch, 1981; Gersons, 1982). Dit conflict escaleert middels een nauwelijks vruchtbare discussie waarin inhoud en betrekking, communicatie en meta-communicatie onvoldoende worden gescheiden en mensvisie en visie op hulpverlening niet worden geëxpliciteerd. Een schoolvoorbeeld van interpunctieproblematiek. De polemiek wordt gevoerd volgens een lineair causaliteitsmodel waarvan Palazzoli, et al. (1979) hebben beschreven dat dit hooguit schuldvragen opwerpt zonder de achterliggende cumulus van problemen op te lossen. De (chronisch) psychiatrische patiënt lijkt de dupe te worden. Hoe gemakkelijk de (ex-)psychiatrische patiënt ondanks goede bedoelingen en pogingen tot het tegendeel, tussen wal en schip geraakt, is uit-

uitvoerig beschreven door Beenackers (1982).

Een wederzijdse verstarring treedt op. Het probleem wordt omzeild zonder te zijn opgelost door het verleggen van nazorg- en (her)opnamestroom naar de poli-APZ. Zo dreigen twee gescheiden circuits te ontstaan. Deze, o.i. gevaarlijke, scheiding in een circuit voor niet- psychiatrische patiënten via het RIAGG en een ander voor psychiatrische patiënten via de poli-APZ wordt door Sorel (1982) zelfs expliciet bepleit voor de provincie Limburg. Stolk & Op den Velde (1982) onderscheiden een psychiatrisch (VZA; (poli-) APZ en PAAZ) en een parapsychiatrisch (SPD) circuit. De landelijke stijging van het polikliniekpromillage kan hieruit worden verklaard. De animositeit tussen SPD en APZ is niet voorbij gegaan aan de deelgebieden I, II en III. In deze gebieden heeft dit echter niet geleid tot een groeiende toename van de via de poli-APZ verlopende opnamen. Veel minder dan elders heeft de poli-APZ zich hier ontwikkeld tot een apart psychiatrisch opnamecircuit. De afwijzing van een 'twee-stromenland' door de regionale SPD zal hierin zeker een rol hebben gespeeld. In de drie deelgebieden is de SPD een actieve rol blijven spelen met betrekking tot psychiatrische opnamen en ontslagen. Dit kwalitatieve aspect achten we de belangrijkste verklaringen voor het gevonden verschil in de poli-APZ-opnamen tussen het land en de deelgebieden. In deze paragraaf willen we ons verder beperken tot mogelijke kwantitatieve invloeden. De afstand tussen APZ en 'catchment-area' is zo'n kwantitatieve factor.

In geen der deelgebieden is een APZ aanwezig. De opnamen van gebied I hebben voornamelijk plaats in twee APZ-en op een afstand van  $\pm$  60 km.; gebied II maakt voor psychiatrische opnamen gebruik van een psychiatrische universiteitskliniek en drie op grote afstand gelegen APZ-en; de

opnamen uit gebied III worden gespreid over vier APZ'en gelegen op afstanden variërend van 50-75 km. Een dusdanige afstand vormt een belemmering voor de consumenten: patiënt en ambulante verwijzer; maar eveneens voor de leverancier: het APZ. De catchment-area van een poli- APZ is in het algemeen kleiner dan het verzorgingsgebied van het APZ zelf. In de drie deelgebieden is geen sprake van een randpolikliniek noch van buiten- of externe poli's (vgl. Mastboom, 1981).

Structurele invloeden spelen mogelijk ook een rol. De drie deelgebieden liggen allen in de provincie Zuid- Holland. In deze provincie (regio III-WZW, NZI, 1980) zijn de poliklinische activiteiten lager dan het landelijk gemiddelde. Mogelijk zijn de poli-APZ-cijfers niet of slechts ten dele specifiek voor de deelgebieden en geven ze eerder een afspiegeling van de Zuid-Hollandse trend in deze. Indien sprake mocht zijn van structurele invloeden dan achten wij de invloed ervan slechts gering. Uit de gebieden II en III worden patiënten namelijk ook buiten Zuid-Holland opgenomen (in Utrecht en Brabant). Bovendien gebeuren opnamen uit gebied I voornamelijk in een Zuidhollands APZ dat landelijk gezien, zowel een grote patiënten-'turnover' heeft als een grote poli-activiteit.

Een weging van de mate waarin de genoemde factoren cumulatief werken dan wel elkaar afzwakken, mag op grond van onze onderzoeksopzet niet worden gedaan. Verder onderzoek hiernaar zal wel moeten plaatsvinden alvorens adequate beleidsvoorstellen geformuleerd kunnen worden.

#### 4.4.5 De rol van de VZA.

Het aandeel van de vrijgevestigde zenuwartsen en psychiaters in de opnameprocedure voor het APZ vertoont zowel een absolute- als een relatieve daling. Verklaringen hiervoor kunnen worden gezocht in:

- a) Een toename van het aantal hulpverlenende instellingen en hulpverleners uit andere disciplines. Tijdens de periode van onderzoek is met name het aantal psychologen, ago(lo)gen, pedagogen en maatschappelijk werkers sterk toegenomen in zowel de tweedelijns AGGZ-instellingen als in de psychotherapeutische privépraktijk. Een overzicht van de personeelsformatie van een zeer grote provinciale SPD over de jaren 1972 tot en met 1978 is illustratief voor het eerste zoals moge blijken uit de volgende tabel XVI.

Tabel III

Personeelsuitbreiding over de jaren 1972 t/m 1978 van een grote SPD.

<u>Discipline</u>		<u>Uitbreiding</u>	
'ogen'		Psycholoog	+ 108%
		Pedagoog	+ 41%
		Maatschappelijk werker	+ 200%
		Totaal gemiddelde toename "ogen"	+ 131%
'medisch'		Psychiater	+ 22%
		Geriatr	- 20%
		Wanneer men de psychiatrische hulp inclusief artsen en SPV-en (+68%) rekent, is sprake van een totaal gemiddelde toename van + 50%.	

- b) Uitbreiding van het aantal PAAZ-en.

De noodzaak tot APZ-opnamen is hierdoor zeker voor de vrijgevestigde specialist minder geworden. Een PAAZ-opname was voor hen te prefereren zowel uit een oogpunt van continuïteit van zorg als om financiële redenen.

#### 4.4.6 De rol van de huisarts

De landelijke toename in relatieve en absolute zin van het huisartsenaandeel is indrukwekkend. De gemiddelde opname

per huisarts vertoont hier een significante gedurige stijging ( $p \leq 0,005$ ). In 1978 bijna het dubbele van 1972. Deze stijging wordt nog indrukwekkender wanneer men bedenkt dat de toename van het poli-APZ-promillage eveneens voor een belangrijk deel toegeschreven kan worden aan de huisartsen. Twee-derde van alle verwijzingen naar de poli-APZ is namelijk afkomstig van de huisartsen (vgl. Mastboom, 1981). Het opnamepromillage van de drie deelgebieden wijkt toenemend af van de landelijke trend. Dit verschil is in 1978 ruim drie maal groter geworden dan het was in 1970. Kennelijk hebben de huisartsen van de deelgebieden minder behoefte dan wel zijn ze minder genoodzaakt om psychiatrische opnamen te regelen.

Zoals wij eerder uiteenzetten, lijkt ons de toename van het aantal huisartsen per duizend inwoners van ondergeschikt belang. Er is veeleer sprake van een toenemend aantal opnamen per huisarts. Het opnamegedrag van de huisartsen in Nederland is kennelijk sterk aan het veranderen. Een nadere analyse van dit gedrag is alleen al wegens het aandeel van de huisartsen in het totale opnamegebeuren gewenst. Hoewel zo'n analyse buiten het kader van dit onderzoek valt, willen we al wel enkele gebieden van onderzoek aanstippen, zoals:

a) veranderingen in de praktijkvoering.

Ook huisartsen worden beïnvloed door maatschappelijke ontwikkelingen. De immer beschikbare huisarts is bijna een anachronisme geworden. Het contact tussen huisarts en patiënt is sterker geformaliseerd en mede daardoor mogelijk minder persoonlijk en intensief geworden. Te denken valt hierbij aan afspraakspreekuur, groepspraktijk en groepswaarneming. Patiënten worden vaker dan vroeger gezien door waarnemers die hun achtergronden onvoldoende kennen en hun vertrouwen minder genieten. Bovendien lijkt de praktijkperiode per huisarts af te nemen.



Door de specialisatie tot huisarts en het tekort aan vacante praktijken begint de huisarts op latere leeftijd met een eigen praktijk. Het is niet ondenkbaar dat de verplichte pensioenregeling juist de oudere collegae heeft doen overstappen naar dienstverbanden als bedrijfsarts etc.. De bijbehorende onbekendheid van de jongere artsen die de praktijk overnamen, zal dan passagère geacht mogen worden, wat na enkele jaren tot minder opnamen zou kunnen leiden. Daartegenover staat het effect van de toegenomen patiëntenmigratie. Zeker in de grote steden kan het gebeuren dat patiënten meerdere malen van huisarts wisselen waardoor informatie verloren gaat.

Van geheel andere aard, maar zeker niet minder belangrijk, is de attitude van de huisarts. In hoeverre spelen hierin factoren een rol als: nadruk op de eerste lijn en groeiend zelfbewustzijn, sterkere nadruk op gespreksvoering, ongenoegen over afwezige 7x24-uurs-bereikbaarheidsdiensten van de AGGZ, veranderende visies op de mens en maatschappij of een veranderend verwachtingspatroon ten aanzien van de hulpverlening?

b) veranderd consumptief gedrag.

De voortgangsideologie die in de jaren zeventig opnieuw sterk opgang maakte en de nadruk op zelfontplooiing lopen parallel aan een grotere behoefte aan psycho (sociale)-therapieën. De consument is minder geneigd een uitleg te accepteren dat zijn problemen bij het leven behoren. Hij is mondiger geworden en dringt eerder aan op doorverwijzing. Mogelijk speelt de verlaagde drempel ten aanzien van de psychiatrie hierin mede een rol (vgl. Mastboom, 1981). In analogie met de somatische geneeskunde bestaat het verwachtingspatroon dat ook bij de GGZ elk volgend echelon

nog deskundiger is (vgl. de Jong, 1979). De druk op de huisarts in zowel tijd als deskundigheid is hierdoor toegenomen. In de somatiek verwijst de huisarts naar de 'poli' van het ziekenhuis of direct naar de specialist. Dit ingeslepen patroon speelt mogelijk een rol in het verwijsgedrag naar het APZ.

c) structurele invloeden.

De veranderde opvattingen over intramurale behandeling hebben geleid tot kortere opnamen en een toename van het aantal heropnamen. Het 'draaideurfenomeen' doet zijn intrede als behandelingsstrategie (vgl. Haveman, 1980-a, b en c; Jansen, 1981). De chronische patiënt brengt meer tijd extramuraal door; recidiverende opnamebeoordeling van slecht behandelbare patiënten wordt noodzakelijk. De chronische recidivist appelleert aan het onmachtsgevoel der behandelaars. Het 'zwarte pietenspel' met slecht behandelbare, lastige patiënten vangt aan. De psychotherapie lokt de SPD die bezwaar gaat maken tegen de rol van 'vuilnisbak' en 'bezemwagen' (vgl. Ten Horn, 1979, 1982-a en b; Mastboom, 1981). De vereenvoudiging van de 'opname - ontslag cyclus' voor chronische recidivisten zou mogelijk opgevat kunnen worden als een collectief afweermecanisme. De schuldvraag tussen tweede en derde echelon wordt omzeild. Het probleem is echter niet opgelost, het is verschoven naar de patiënt en naar de eerste lijn. Zo ontstaat een directe verbinding tussen de eerste en de derde lijn. De belangen van de respectieve echelons zorgen voor een homoiostase van deze 'regeling'. De eerste lijn stelt hiermede bijvoorbeeld de psychiatrische expertise, die de SPD niet meer biedt, zoals in het verleden gebruikelijk was, veilig. De SPD raakt op een elegante manier verlost van een

taak die wordt beleefd als ondankbaar en ondergewaardeerd. Het APZ worden irritaties bespaard over een tweede-lijnsnazorg die als onmenselijk en/of falend wordt beoordeeld. De homoiostase wordt mogelijk verder gefixeerd door de verschillen in financieringssystemen van tweede en derde lijn. De SPD werkt met een budgetstelsel. Uitbreiding van het takenpakket (b.v. psychotherapie) levert niet meer geld op. Nieuwe taken resulteren in zwaardere belasting van de medewerkers. Het budgetstelsel noopt tot afstoting van oude taken wanneer nieuwe worden toegevoegd. Het APZ heeft een soort verrichtingsstelsel. Lege bedden zijn niet economisch, ze kosten geld en zijn daardoor een bedreiging voor het personeel. Minder personeel betekent een minder gedifferentieerd, een slechter behandelingspakket. Deze bedreiging, die gezien de dalende opnamepromillages van VZA + SPD reëel aanwezig is vanaf 1975, kan worden afgewend o.a. via de toegenomen opnamen van huisarts en poli- APZ.

De relevantie van onze overwegingen dient nader te worden onderzocht. Zo kunnen invloeden van het 'draaideuraspect' en van de nazorg nader worden onderzocht door bestudering van de heropnamen. Gemis aan psychiatrische expertise in de tweede lijn zou zich kunnen afspiegelen in de verdeling van gediagnostiseerde ziektebeelden. Maar eveneens door de mate waarin zich wijzigingen voordoen in de verhouding van de psychiatrische, sociale, of louter psychotherapeutische indicaties tot opname.

#### 4.4.7 Beïnvloeden OVS het opnamebeeld?

Als tweede doel van dit onderzoek hebben wij ons gesteld om na te gaan of er aanwijzingen zijn dat OVS de opnamestroom naar het APZ beïnvloeden en zo ja, in welke mate.

Een retrospectief onderzoek als het onderhavige laat geen

categorische uitspraken toe over de invloed van slechts één factor op het complexe gebeuren dat een opname is. De conclusies die wij trekken kunnen derhalve slechts tentatieve verklaringen zijn.

De onderzochte OVS zijn toegepast (1) door de SPD, (2) in de gebieden I en II, (3) vanaf 1973. Effecten van deze strategieën zullen dan minstens moeten blijken uit een afname (of mindere toename) van het aantal SPD-opnamen (1), vanaf 1973 (3) in de gebieden I en II (2).

Het aantal SPD-opnamen blijkt significant te dalen in deze gebieden, in gebied II reeds voor 1973 en in gebied I vanaf 1973.

Deze daling hoeft echter niet een specifiek gevolg te zijn van de OVS, maar kan een 'spontaan' gebeuren zijn, veroorzaakt door b.v. structurele wijzigingen in de GGZ. Om dit te onderzoeken, hebben we de afname van het SPD-opnamepromillage geanalyseerd. Het verschil met gebied III is duidelijk; hier is sprake van een toename. Het verschil met de landelijke trend is moeilijker te interpreteren. Ook landelijk is sprake van een significante daling welke echter later (1975) intreedt. De landelijke trend en die van gebied I lijken analoog, in gebied II wordt toenemend minder opgenomen. Wanneer we de trends kwantificeren (zie tabel I) dan is het verschil in SPD-opnamen tussen enerzijds de gebieden I en II, die een afname vertonen van respectievelijk 42% en 49%, met de gebieden III en land waar een stijging optreedt van respectievelijk 30% en 5%, onmiskenbaar. De gepostuleerde effecten lijken dus op te treden.

Een verminderde opname via de SPD kan echter worden gecompenseerd door een toename via andere kanalen: een rebound effect. Het gedaalde SPD-opnamepromillage zou dan slechts een schijneffect zijn. Hiervoor onderzochten wij in hoeverre OVS hebben geleid tot een grotere afname dan wel

een mindere toename van het totale opnamepromillage in de gebieden I en II. Slechts indien hiervan sprake is, willen wij stellen dat OVS ook echt beantwoorden aan het gepostuleerde doel, te weten: het voorkomen van opnamen in een APZ. Landelijk treedt een significante stijging op van het totale opnamepromillage. Het verschil met het constante opnamepromillage der gebieden I en II waarvan de waarden bovendien slechts ongeveer half zo groot zijn, spreekt voor zichzelf. Het verschil ten opzichte van gebied III is minder uitgesproken. Ook in gebied III blijft het totale promillage constant. Het niveau ervan (dus het aantal opnamen per duizend inwoners) ligt echter hoger dan van de gebieden I en II. Van groter belang achten wij echter de uitkomsten van de verschilanalyses. Het verschil tussen het land en gebied III wordt tijdens de periode van onderzoek wel groter, maar blijft desalniettemin kleiner dan het verschil van het land met de gebieden I en II dat in deze periode verdubbelt. Wat betreft het totale opnamepromillage leiden OVS niet tot een rebound-effect waarbij andere kanalen meer gaan opnemen. Het gepostuleerde effect dat OVS leiden tot een grotere afname/kleinere toename van het totale opnamepromillage, wordt door onze data niet weersproken.

Naast de mogelijkheid van het rebound-effect is onderzocht of de OVS hebben geleid tot een toename van het opnamepromillage via de niet-SPD-kanalen: het bypass-effect. Anders gesteld laat een met OVS werkende SPD gaten vallen die door andere instellingen moeten worden opgevuld? Van een bypass-effect kan worden gesproken wanneer het niet-SPD-opnamepromillage in de gebieden I en II een sterkere stijging of een geringere daling vertoont dan in de twee andere gebieden en/of wanneer de daling van het promillage van de SPD-opnamen correlatie vertoont met de stijging van dat van de niet-SPD-opnamen. Het promillage van de niet-SPD-opnamen

blijft in de gebieden I, II en III consistent met een constante. Dit staat in schril contrast met de landelijke significante stijging. Wanneer we de toename van het verschil met het land bezien ten aanzien van de niet-SPD-opnamen blijkt dit zowel voor gebied III als voor de 'OVS-gebieden' verdubbeld te zijn. Er lijkt dus geen bypass effect op te treden. Aangezien het promillage niet-SPD-opnamen niet gecorreleerd blijkt te zijn aan dat van de SPD-opnamen (zie tabel XIII), kan worden gesteld dat OVS geen aanleiding hebben gegeven tot een bypass effect. De trends van de huisartsenopnamen en die van poli-APZ zijn hiervan opvallende illustraties.

Op basis van ons onderzoek kan worden gesteld dat toegepaste opnamevoorkomende strategieën lijken te leiden tot afname dan wel een minder sterke toename van het opnamepromillage waarbij geen aanwijzingen worden gevonden voor rebound- noch voor bypass effecten.

Deze strategieën vereisen volgens Mattes (1982) wel voldoende en voldoende competente stafmedewerkers aangezien OVS: "meer initiatief en meer enthousiasme vereisen dan de standaardopnameprocedure vereist" (p. 827). Een conclusie die wij op basis van tien jaar praktijkervaring kunnen onderschrijven.

## 4.5

## TENSLOTTE

Deze studie heeft een beeld geschetst van het opname patroon in Nederland. Een patroon waarbij de opname indicatie in toenemende mate gesteld lijkt te worden zonder psychiatrische expertise. Beleidsmatig zijn hierbij met name de huisartsen en de 'anderszins' opnamen van belang. Een opnameverminderend effect van de gebruikte OVS mag aannemelijk worden geacht. Het geschetste beeld is nog globaal en dient middels verdergaand onderzoek nader te worden uitgewerkt en ingekleurd. Ons staan hierbij vele vragen voor ogen. Zonder volledigheid na te willen streven, zullen we enkele daarvan rubriceren:

- Via welke kanalen worden de onvrijwillige opnamen gerealiseerd? Wordt ook hier een toename via de huisartsen gevonden; hebben OVS invloed op het aantal onvrijwillige opnamen en/of op de kanalen waarlangs deze worden gerealiseerd?
- Wat betreft de diagnoses is onderzoek geïndiceerd naar de verdeling van diagnostische groeperingen en mogelijke wijzigingen daarin, over de verschillende kanalen. Wordt de toename van het opnamepromillage veroorzaakt door voornamelijk psychiatrische problematiek of meer door welzijnsvraagstukken? Passeren de psychiatrische problemen de tweede lijnsinstellingen waaraan psychiaters zijn verbonden, of treedt een verschuiving op naar de huisartsen? Zijn OVS selectief werkzaam bij bepaalde categorieën diagnoses of zijn ze meer universeel bruikbaar.
- Hoe staat het met de opnameduur? Is deze afgenomen en zo ja voor alle diagnosegroepen gelijkelijk? Bestaan er correlaties tussen opnameduur, diagnosegroepen en verwijzingskanaal? Hoe beïnvloeden OVS de opnameduur?
- Berust het toegenomen opnamepromillage voornamelijk op

een administratieve handeling zoals het sneller in- en uitschrijven van dezelfde patiënten? Anders gesteld: Komt de stijging van het totale opnamepromillage op rekening van heropnamen of betreft het eerste opnamen? In het kader van de nazorgplanning is het van belang om na te gaan via welke kanalen de heropnamen plaatsvinden en of dit patroon aan wijzigingen onderhevig is. Het patroon van heropnamen is tevens van belang in de studie naar de effectiviteit van OVS. Zijn ze werkzaam bij eerste opnamen of ook bij heropnamen? Uit de praktijk weten we dat ze werkzaam zijn bij beiden (vgl. Jenner, 1982-a; Jenner & Henneberg, 1982). Verder kwantitatief onderzoek naar mogelijke procentuele verschillen blijft echter gewenst.

- Bij elke categorie vragen mag de invloed van de PAAZ-en niet achterwege blijven. Zeker niet wanneer we de vlucht die de PAAZ-ontwikkeling heeft doorgemaakt in de zeventiger jaren, in onze overwegingen betrekken. Een zelfde opmerking kan worden gemaakt over de invloed van de verschillendsoortige financieringssystemen die vigeren binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Wij realiseren ons dat wij een dergelijk uitgebreid onderzoek nooit zelf zullen kunnen verrichten. Hiervoor is onderzoekspersoneel en zijn meer financiën nodig. Hopelijk kunnen onze onderzoeksgegevens bijdragen tot het opzetten van zulk een onderzoek. Hierbij denken wij aan de Geneeskundige Hoofdinspectie, het NcGv e.d.. Onderzoek ter plekke in enkele daarvoor aangewezen en extra geëquiperde RIAGG-en verdient hierbij de voorkeur.

Hoewel we de oplevende interesse voor de chronische patiënt en voor de nazorg een goede zaak achten, zouden we het betreuren wanneer hiermede het paard achter de wagen



gespannen gaat worden. Gezien de schaarse middelen van de overheid bepleiten we een prioriteit voor onderzoek naar alternatieve behandelingsvormen die effectief lijken te zijn in het voorkómen van een chronische patiëntenloopbaan. Hierbinnen willen wij zover gaan om onderzoek naar het opnamegedrag van de groepen 'huisarts' en 'anderszins' urgent te noemen. Dit onderzoek zal niet alleen kwantitatief, maar ook kwalitatief dienen te zijn: naar bijvoorbeeld attitudes en achterliggende motieven.

Verder onderzoek naar het patroon van heropname en onvrijwillige opnamen alsmede naar mogelijke invloeden hierop van OVS wordt door ons voorbereid.

De aanwijzingen voor het effect van OVS achten wij dusdanig dat deze technieken opgenomen zouden moeten worden in het methodisch arsenaal van werkers in een 7 x 24-uursbereikbaarheidsdienst. Voor de inhoudelijke omschrijving van de OVS zij verwezen naar de gevalsbeschrijvingen van Hoogduin, c.s., (1979, 1980) en Jenner, c.s.. 1980, 1982, 1982-a, 1984.



4.6.        TABELLEN IV T/M XVII.



Tabel IV. Aantal opnamen in Psychiatrische ziekenhuizen in Nederland per verwijzende instantie.

Jaar	totaal			polikliniek APZ			SPD					
	I	II	III	I	II	III	I	II	III			
	Land	Land	Land	Land	Land	Land	Land	Land	Land			
1970	101	67	84	12989	4	6	6	977	40	23	47	5343
1971	121	61	110	14157	6	4	7	1042	60	30	59	5791
1972	99	73	116	15306	18	3	11	1106	40	26	66	6150
1973	120	70	130	16563	24	4	6	1384	49	28	73	6376
1974	129	81	111	17853	14	18	6	1632	65	28	67	6952
1975	127	74	119	18147	6	15	7	1851	67	22	71	6695
1976	106	70	125	18827	15	21	8	1997	44	13	75	6889
1977	114	63	143	18807	19	11	13	2179	38	13	86	6736
1978	116	70	119	19289	14	8	6	2171	26	16	71	5981

	vrijgevestigde zenuwarts			huisarts			andere artsen					
	I	II	III	I	II	III	I	II	III			
	Land	Land	Land	Land	Land	Land	Land	Land	Land			
1970	26	16	11	2406	13	19	13	2187	1	1	3	627
1971	25	10	12	2145	6	9	17	2378	1	3	8	693
1972	12	16	13	2305	10	13	14	2623	2	2	5	601
1973	18	7	9	2034	16	16	26	2994	3	5	8	671
1974	12	8	7	1719	12	17	22	3383	8	2	5	645
1975	12	9	12	1597	13	17	18	3704	6	2	2	697
1976	11	7	8	1411	10	14	19	3992	10	6	5	781
1977	19	13	6	1198	10	16	21	3980	2	3	6	767
1978	17	9	5	1333	26	23	25	4868	7	2	5	759

	justitie			anderszins			onbekend					
	I	II	III	I	II	III	I	II	III			
	Land	Land	Land	Land	Land	Land	Land	Land	Land			
1970	13	2	1	311	4	0	3	985	0	0	0	153
1971	18	2	4	673	5	2	3	1349	0	1	0	86
1972	9	4	3	645	4	9	3	1787	4	0	1	89
1973	2	1	3	474	8	9	5	2572	0	0	1	58
1974	3	1	3	418	15	7	1	3065	0	0	0	39
1975	5	1	0	376	16	8	8	3126	2	0	1	101
1976	3	1	1	350	11	8	6	3257	2	0	3	147
1977	5	4	3	414	18	3	7	3409	3	0	1	184
1978	16	2	2	679	10	10	5	3384	0	0	0	114

Tabel V.

Aantal inwoners, in de leeftijdscategorie 18 - 65 jaar,  
in de onderzoeksgebieden.

jaar	aantal inwoners per gebiedsdeel			
	gebied I	gebied II	gebied III	land
1970	85.710	60.129	74.195	7111.000
1971	86.854	61.936	75.572	7206.888
1972	87.504	63.524	77.549	7301.388
1973	89.137	64.947	78.577	7393.772
1974	90.439	66.811	79.941	7493.439
1975	92.004	68.499	80.963	7619.141
1976	93.778	69.560	82.025	7720.976
1977	95.350	71.114	83.294	7820.254
1978	97.400	72.460	84.053	7940.890

Tabel VI.a

Aantal opnamen per 1000 inwoners per gebiedsdeel naar opnemende instantie

	totaal				S.P.D.			
	I	II	III	land	I	II	III	land
	vrijgevestigde zenuwarts				totaal Psychiatrisch kanaal			
I	II	III	land	I	II	III	land	
1970	1,178	1,114	1,132	1,827	0,467	0,383	0,633	0,751
1971	1,393	0,985	1,456	1,964	0,691	0,484	0,781	0,804
1972	1,131	1,149	1,496	2,096	0,457	0,409	0,851	0,842
1973	1,346	1,078	1,654	2,240	0,550	0,431	0,929	0,862
1974	1,426	1,212	1,389	2,382	0,719	0,419	0,838	0,928
1975	1,380	1,080	1,470	2,382	0,728	0,321	0,877	0,879
1976	1,130	1,006	1,524	2,438	0,469	0,187	0,914	0,892
1977	1,196	0,886	1,717	2,405	0,399	0,183	1,032	0,861
1978	1,191	0,966	1,416	2,429	0,267	0,221	0,845	0,753
gem.	1,264	1,053	1,473	2,240	0,527	0,338	0,856	0,841
1970	0,303	0,266	0,148	0,338	0,817	0,748	0,863	1,227
1971	0,288	0,161	0,159	0,298	1,048	0,710	1,032	1,246
1972	0,137	0,252	0,168	0,316	0,800	0,708	1,161	1,309
1973	0,202	0,108	0,115	0,275	1,021	0,600	1,120	1,325
1974	0,133	0,120	0,088	0,229	1,006	0,808	1,001	1,375
1975	0,130	0,131	0,148	0,210	0,924	0,672	1,112	1,331
1976	0,117	0,101	0,098	0,183	0,746	0,589	1,109	1,334
1977	0,199	0,183	0,072	0,153	0,797	0,520	1,261	1,293
1978	0,175	0,124	0,059	0,168	0,585	0,455	0,976	1,194
gem.	0,187	0,161	0,117	0,241	0,860	0,646	1,070	1,293

Tabel VI.a (vervolg)

Aantal opnamen per 1000 inwoners per gebiedsdeel naar opnemende instanties:

	totaal niet-psychiatrisch kanaal				hulpsarts			totaal medisch kanaal				
	I	II	III	land	I	II	III	land	I	II	III	land
1970	0,362	0,366	0,270	0,599	0,152	0,316	0,175	0,308	0,467	0,599	0,364	0,734
1971	0,345	0,274	0,423	0,719	0,069	0,145	0,225	0,330	0,368	0,355	0,490	0,724
1972	0,331	0,441	0,335	0,787	0,114	0,205	0,181	0,359	0,274	0,488	0,413	0,757
1973	0,325	0,477	0,535	0,916	0,179	0,246	0,331	0,405	0,415	0,431	0,547	0,771
1974	0,420	0,404	0,388	1,008	0,133	0,254	0,275	0,451	0,354	0,404	0,425	0,767
1975	0,457	0,409	0,358	1,051	0,141	0,248	0,222	0,486	0,337	0,409	0,395	0,787
1976	0,384	0,417	0,415	1,105	0,107	0,201	0,232	0,517	0,331	0,388	0,390	0,801
1977	0,399	0,366	0,456	1,112	1,105	0,225	0,252	0,509	0,325	0,450	0,396	0,753
1978	0,606	0,511	0,440	1,235	0,267	0,317	0,297	0,613	0,513	0,469	0,416	0,876
gem.	0,403	0,407	0,402	0,948	0,141	0,240	0,243	0,442	0,376	0,444	0,426	0,774

polit-APZ				
I	II	III	land	
1970	0,047	0,100	0,081	0,137
1971	0,069	0,065	0,093	0,145
1972	0,206	0,047	0,142	0,151
1973	0,269	0,062	0,076	0,187
1974	0,155	0,269	0,075	0,218
1975	0,065	0,219	0,086	0,243
1976	0,160	0,302	0,098	0,259
1977	0,199	0,155	0,156	0,279
1978	0,144	0,110	0,071	0,273
gem.	0,146	0,148	0,098	0,210



Tabel VI.b

aantal opnamen per 1000 inwoners in Nederland naar opnemende instanties:

<u>jaar</u>	<u>andere artsen</u>	<u>justitie</u>	<u>anderszins</u>
1970	0,088	0,044	0,139
1971	0,096	0,093	0,187
1972	0,082	0,088	0,245
1973	0,091	0,064	0,348
1974	0,086	0,056	0,409
1975	0,091	0,049	0,410
1976	0,102	0,045	0,422
1977	0,090	0,053	0,436
1978	0,096	0,086	0,426
gem.	0,091	0,064	0,336

Tabel VII. Regressie coëfficiënten van de analyse van het aantal opnamen per 1000 inwoners voor elk der gebieden naar opnemende instanties met alleen lineaire trend.

totaal				SPD			niet-SPD					
	I	II	III	Land	I	II	III	Land	I	II	III	Land
a	1,298	1,131	1,353	1,937	0,626	0,478	0,744	0,822	0,663	0,648	0,605	1,102
b x 100	- 0,85	- 1,96	2,98	7,60	- 2,46	- 3,51	2,79	0,49	1,49	1,63	0,05	7,06
R <sup>2</sup>	0,04	0,28	0,24	0,84	0,18	0,71	0,49	0,05	0,18	0,20	0,00	0,95
p	0,62	0,14	0,18	0,00	0,25	0,00	0,04	0,56	0,25	0,22	0,96	0,00
vrijgevestigde zenuwarts												
poli-APZ												
psychiatr. kanaal												
	I	II	III	Land	I	II	III	Land	I	II	III	Land
a	0,247	0,211	0,165	0,338	0,114	0,082	0,093	0,129	0,986	0,773	1,002	1,268
b x 100	- 1,49	- 1,30	- 1,20	- 2,41	0,81	1,63	0,12	2,02	- 3,14	- 3,18	1,71	0,11
R <sup>2</sup>	0,35	0,34	0,68	0,94	0,09	0,22	0,01	0,96	0,32	0,59	0,16	0,00
p	0,09	0,10	0,01	0,00	0,44	0,20	0,78	0,00	0,11	0,02	0,28	0,89
niet-outreaching psych. kanaal												
niet-psychiatr. kanaal												
hulsarts												
	I	II	III	Land	I	II	III	Land	I	II	III	Land
a	0,360	0,295	0,258	0,467	0,312	0,338	0,351	0,648	0,106	0,224	0,206	0,290
b x 100	- 0,68	0,33	- 1,08	- 0,38	2,29	1,23	1,27	7,49	0,86	0,40	0,94	3,59
R <sup>2</sup>	0,06	0,01	0,32	0,54	0,52	0,24	0,21	0,96	0,17	0,04	0,25	0,97
p	0,53	0,78	0,11	0,02	0,03	0,18	0,22	0,00	0,27	0,61	0,17	0,00
medisch kanaal												
	I	II	III	Land								
a	0,370	0,474	0,444	0,724								
b x 100	- 0,15	- 0,76	- 0,45	1,27								
R <sup>2</sup>	0,00	0,09	0,05	0,59								
p	0,89	0,45	0,58	0,02								

Tabel VIb.

regressie coëfficiënten van de analyse van het aantal opnamen  
per 1000 inwoners met alleen lineaire trend voor het land naar  
opnemende instanties:

	Land		
	andere artsen	justitie	anderszins
a	0,088	0,068	0,182
b x 100	0,09	- 0,09	3,86
R <sup>2</sup>	0,17	0,02	0,84
p	0,28	0,74	0,00

Tabel VIII.  
Regressie coëfficiënten van de analyse van het aantal opnamen per 1000 inwoners met  
lineaire en kwadratische trend voor elk der gebieden naar opnemende instanties:

	totaal				SPD				niet-SPD			
	I	II	III	land	I	II	III	land	I	II	III	land
a	1,212	1,062	1,237	1,808	0,471	0,434	0,668	0,738	0,739	0,622	0,572	1,051
b x 100	6,52	3,96	12,93	18,64	10,83	0,28	9,99	7,64	- 5,02	3,86	2,87	11,43
c x 100	- 0,92	- 0,74	- 1,24	1,38	- 1,66	- 0,47	- 0,81	- 0,89	0,81	- 0,28	- 0,35	- 0,55
R <sup>2</sup>	0,26	0,48	0,45	0,99	0,60	0,77	0,70	0,88	0,46	0,23	0,10	0,97
p	0,40	0,14	0,16	0,00	0,06	0,24	0,03	0,00	0,15	0,45	0,73	0,00
pkw	0,23	0,17	0,18	0,00	0,05	0,01	0,09	0,00	0,13	0,64	0,45	0,04
vrijgevestigde zenuwarts												
polit-APZ												
	I	II	III	land	I	II	III	land				
a	0,312	0,254	1,56	0,343	0,068	0,027	0,091	0,124				
b x 100	- 7,07	- 4,82	- 0,42	- 2,86	4,70	6,42	0,28	2,45				
c x 100	0,70	0,44	- 0,10	0,06	- 0,49	- 0,60	- 0,02	- 0,05				
R <sup>2</sup>	0,75	0,53	0,70	0,95	0,25	0,38	0,01	0,96				
p	0,02	0,10	0,03	0,00	0,42	0,24	0,96	0,00				
pkw	0,02	0,16	0,52	0,61	0,29	0,27	0,93	0,50				
psychiatr. kanaal												
niet-outreaching psychiatr. kanaal												
	I	II	III	land	I	II	III	land	I	II	III	land
a	0,851	0,714	0,915	1,205	0,380	0,280	0,247	0,467	0,361	0,348	0,322	0,603
b x 100	8,46	1,88	9,15	7,23	- 2,37	1,60	- 0,14	- 0,41	- 1,94	2,08	3,78	11,41
c x 100	- 1,44	- 0,63	- 0,93	- 0,89	0,21	- 0,16	- 0,12	0,00	0,53	- 0,11	- 0,31	- 0,49
R <sup>2</sup>	0,67	0,71	0,41	0,89	0,09	0,03	0,34	0,54	0,65	0,25	0,27	0,99
p	0,04	0,02	0,21	0,00	0,76	0,92	0,29	0,10	0,04	0,43	0,38	0,00
pkw	0,04	0,17	0,17	0,00	0,68	0,77	0,69	0,96	0,17	0,80	0,49	0,03
niet-psychiatr. kanaal												

Tabel VIII (vervolg)

	huisarts				medisch kanaal			
	I	II	III	land	I	II	III	land
a	0,137	0,260	0,189	0,303	0,447	0,536	0,415	0,735
b x 100	- 1,80	- 2,70	2,35	3,19	- 6,43	- 6,10	2,07	0,28
c x 100	0,32	0,39	- 0,18	0,05	0,82	0,67	- 0,31	0,12
R <sup>2</sup>	0,30	0,23	0,30	0,97	0,46	0,42	0,16	0,62
P	0,34	0,45	0,35	0,00	0,16	0,19	0,59	0,06
pkw	0,33	0,27	0,56	0,70	0,07	0,11	0,40	0,53

Tabel VIIIB Regressie coëfficiënten van de analyse van het aantal opnamen per 1000 inwoners met lineaire en kwadratische trend voor het land naar opnemende instanties:

	Land		
	andere artsen	Justitie	anderszins
a	0,090	0,073	0,119
b x 100	- 0,05	- 0,05	9,25
c x 100	0,02	0,06	- 0,67
R <sup>2</sup>	0,20	0,05	0,97
pkw	0,63	0,67	0,00

Tabel IX. Verschillen in opnamepromillage van elk der drie gebieden met het land naar opnemende instantie.

jaar	Totaal			SPD			vrijgevestigde zenuwarts			totaal psychiatrisch kanaal		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
1970	-0,648	-0,712	-0,694	-0,285	-0,369	-0,118	-0,035	-0,072	-0,190	-0,410	-0,479	-0,365
1971	-0,571	-0,979	-0,509	-0,113	-0,319	-0,023	-0,010	-0,136	-0,139	-0,198	-0,535	-0,214
1972	-0,965	-0,947	-0,600	-0,385	-0,433	0,009	-0,179	-0,064	-0,148	-0,510	-0,601	-0,149
1973	-0,894	-1,162	-0,586	-0,313	-0,431	0,067	-0,073	-0,167	-0,161	-0,304	-0,724	-0,205
1974	-0,956	-1,170	-0,994	-0,209	-0,509	-0,090	-0,097	-0,110	-0,142	-0,369	-0,567	-0,374
1975	-1,001	-1,301	-0,912	-0,150	-0,558	-0,002	-0,079	-0,078	-0,061	-0,407	-0,660	-0,220
1976	-1,308	-1,432	-0,914	-0,423	-0,705	0,022	-0,065	-0,082	-0,085	-0,587	-0,744	-0,224
1977	-1,209	-1,519	-0,688	-0,463	-0,679	0,171	0,046	0,030	-0,081	-0,496	-0,773	-0,033
1978	-1,238	-1,463	-1,013	-0,486	-0,532	0,092	0,007	-0,044	-0,108	-0,609	-0,739	-0,219
gem.	-0,977	-1,187	-0,768	-0,314	-0,504	0,014	-0,054	-0,080	-0,124	-0,432	-0,647	-0,222

jaar	totaal niet-psychiatr. kanaal			huisarts			totaal medisch kanaal		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
1970	-0,238	-0,234	-0,330	-0,156	0,008	-0,132	-0,267	-0,135	-0,370
1971	-0,373	-0,444	-0,295	-0,261	-0,185	-0,105	-0,355	-0,369	-0,234
1972	-0,455	-0,346	-0,452	-0,245	-0,155	-0,179	-0,483	-0,269	-0,345
1973	-0,590	-0,438	-0,381	-0,225	-0,159	-0,074	-0,356	-0,340	-0,224
1974	-0,587	-0,603	-0,620	-0,319	-0,197	-0,176	-0,413	-0,363	-0,342
1975	-0,594	-0,642	-0,692	-0,345	-0,238	-0,264	-0,450	-0,378	-0,392
1976	-0,721	-0,688	-0,690	-0,410	-0,316	-0,285	-0,471	-0,413	-0,411
1977	-0,713	-0,746	-0,656	-0,404	-0,284	-0,257	-0,427	-0,303	-0,356
1978	-0,629	-0,724	-0,794	-0,346	-0,296	-0,316	-0,363	-0,407	-0,460
gem.	-0,545	-0,541	-0,546	-0,301	-0,202	-0,199	-0,398	-0,331	-0,348

Tabel 4

Regressie coëfficiënt van de analyse der verschillen in aantal opnamen per 1000 inwoners van elk der onderzoeksgebieden met het landelijk cijfer naar opnemende instantie:

	SPD						niet-SPD					
	totaal											
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
a	- 0,639	- 0,805	- 0,583	- 0,196	- 0,344	- 0,078	- 0,439	- 0,454	- 0,497	- 0,439	- 0,454	- 0,497
b x 100	- 8,45	- 9,55	- 4,61	- 2,95	- 4,01	2,30	- 5,56	- 5,42	- 7,00	- 5,56	- 5,42	- 7,00
R <sup>2</sup>	0,84	0,93	0,43	0,35	0,70	0,50	0,69	0,74	0,84	0,69	0,74	0,84
p	0,00	0,00	0,05	0,09	0,00	0,03	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00

	vrijgevestigde zenuwarts						poll-APZ					
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
a	- 0,090	- 0,125	- 0,172	- 0,015	- 0,047	- 0,036	- 0,090	- 0,125	- 0,172	- 0,015	- 0,047	- 0,036
b x 100	0,92	1,11	1,21	- 1,22	- 0,40	- 1,90	0,92	1,11	1,21	- 1,22	- 0,40	- 1,90
R <sup>2</sup>	0,15	0,29	0,61	0,16	0,02	0,71	0,15	0,29	0,61	0,16	0,02	0,71
p	0,31	0,13	0,01	0,28	0,72	0,000	0,31	0,13	0,01	0,28	0,72	0,000

	psychiatr. kanaal						niet-outreaching psychiatr. kanaal					
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
a	- 0,302	- 0,515	- 0,286	- 0,106	- 0,172	- 0,209	- 0,337	- 0,290	- 0,297	- 0,337	- 0,290	- 0,297
b x 100	- 3,25	- 3,29	1,60	- 0,30	0,71	- 0,70	- 5,20	- 6,26	- 6,21	- 5,20	- 6,26	- 6,21
R <sup>2</sup>	0,45	0,73	0,18	0,01	0,05	0,15	0,79	0,89	0,87	0,79	0,89	0,87
p	0,05	0,00	0,25	0,79	0,54	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

	huisarts						medisch kanaal					
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
a	- 0,192	- 0,074	- 0,092	- 0,354	- 0,250	- 0,280	- 0,192	- 0,074	- 0,092	- 0,354	- 0,250	- 0,280
b x 100	- 2,73	- 3,19	- 2,65	- 1,12	- 2,03	- 1,71	- 2,73	- 3,19	- 2,65	- 1,12	- 2,03	- 1,71
R <sup>2</sup>	0,77	0,78	0,72	0,20	0,41	0,37	0,77	0,78	0,72	0,20	0,41	0,37
p	0,00	0,00	0,00	0,23	0,06	0,08	0,00	0,00	0,00	0,23	0,06	0,08

Tabel XI

Verschillen in aantal opnamen per 1000 inwoners van de gebieden I en II met gebied III naar opnemende instantie.

	SPD				Niet-SPD	
	Totaal		II		I	II
	I	II	I	II	I	II
1970	0,046	- 0,018	- 0,167	- 0,251	0,213	0,233
1971	- 0,062	- 0,471	- 0,090	- 0,296	0,027	- 0,191
1972	- 0,364	- 0,347	- 0,394	- 0,442	- 0,003	0,108
1973	- 0,308	- 0,577	- 0,379	- 0,498	0,084	- 0,066
1974	0,038	- 0,176	- 0,119	- 0,419	0,157	0,243
1975	- 0,089	- 0,390	- 0,149	- 0,556	0,050	0,179
1976	- 0,394	- 0,518	- 0,445	- 0,727	0,067	0,246
1977	- 0,521	- 0,831	- 0,634	- 0,850	0,093	0,031
1978	- 0,225	- 0,450	- 0,578	- 0,624	0,353	0,174
gemidd.	- 0,209	- 0,420	- 0,328	- 0,518	0,116	0,106

Tabel XII

Regressie coëfficiënt van de analyse der verschillen in aantal opnamen per 1000 inwoners van de gebieden I en II met gebied III naar opnemende instantie.

	SPD				Niet-SPD	
	Totaal		II		I	II
	I	II	I	II	I	II
a	- 0,056	- 0,222	- 0,118	- 0,266	0,058	0,043
b x 100	- 3,83	- 4,94	- 5,25	- 6,30	1,44	1,58
R <sup>2</sup>	0,27	0,34	0,49	0,79	0,13	0,08
p	0,15	0,10	0,04	0,00	0,35	0,46



Tabel XIII      Lineaire regressie per gebied van de niet-SPD-opnamen  
verklaard uit de SPD-opnamen

	I	II	III	land
a	0,90	0,87	0,28	0,44
b <sub>2</sub>	- 0,34	0,47	0,39	1,13
R <sup>2</sup>	0,33	0,30	0,37	0,12
P	0,11	0,13	0,08	0,36
	- 0,57	- 0,55	0,61	0,35

Tabel XIV

Huisartsen en opnamen in psychiatrische ziekenhuizen

jaar	Aantal huisartsen				Aantal huisartsen per 1000 inwoners			
	I	II	III	land	I	II	III	land
1970	45	40	34	4492	0,527	0,664	0,458	0,632
1971	46	38	34	4470	0,532	0,612	0,450	0,620
1972	46	38	35	4504	0,528	0,597	0,451	0,617
1973	49	38	35	4559	0,546	0,584	0,445	0,617
1974	50	40	37	4702	0,550	0,597	0,463	0,627
1975	51	40	38	4809	0,551	0,582	0,469	0,631
1976	50	41	38	4937	0,537	0,588	0,463	0,639
1977	52	44	39	4926	0,550	0,620	0,468	0,630
1978	55	44	40	5188	0,569	0,609	0,472	0,653
gemidd.	49,4	40,3	36,6	4732	0,543	0,606	0,460	0,630

Gemiddeld aantal opnamen per huisarts

	I	II	III	land
1970	0,29	0,48	0,38	0,49
1971	0,13	0,24	0,50	0,53
1972	0,22	0,34	0,40	0,58
1973	0,33	0,42	0,74	0,66
1974	0,24	0,43	0,60	0,72
1975	0,26	0,43	0,47	0,77
1976	0,20	0,34	0,50	0,81
1977	0,19	0,36	0,54	0,81
1978	0,47	0,52	0,63	0,94
gemidd.	0,258	0,395	0,529	0,700

Tabel XV (A + B)

Trendanalyse van het aantal huisartsen per 1000 inwoners voor de vier gebieden met lineaire trend (A) en met eveneens kwadratische trend (B)

(A)

	I	II	III	land
a	0,527	0,620	0,450	0,618
b <sub>2</sub> x 100	0,40	- 0,36	0,27	0,29
R <sup>2</sup>	0,67	0,15	0,59	0,47
P	0,01	0,30	0,02	0,04

(B)

Aantal artsen per 1000 inwoners

	I	II	III	land
a	0,528	0,650	0,453	0,627
b x 100	0,324	- 2,96	- 0,045	- 0,50
c <sub>2</sub> x 100	0,010	0,33	0,039	0,10
R <sup>2</sup>	0,68	0,79	0,65	0,75
P	0,03	0,01	0,04	0,02
Pkw	0,85	0,01	0,33	0,04

Tabel XV I      Geschatte waarden in 1970 en 1978 met eventueel een extremum en de verandering  $\Delta$  over deze periode in %. Als geen der regressie analyses een significant resultaat oplevert, is het gemiddelde ingevuld.

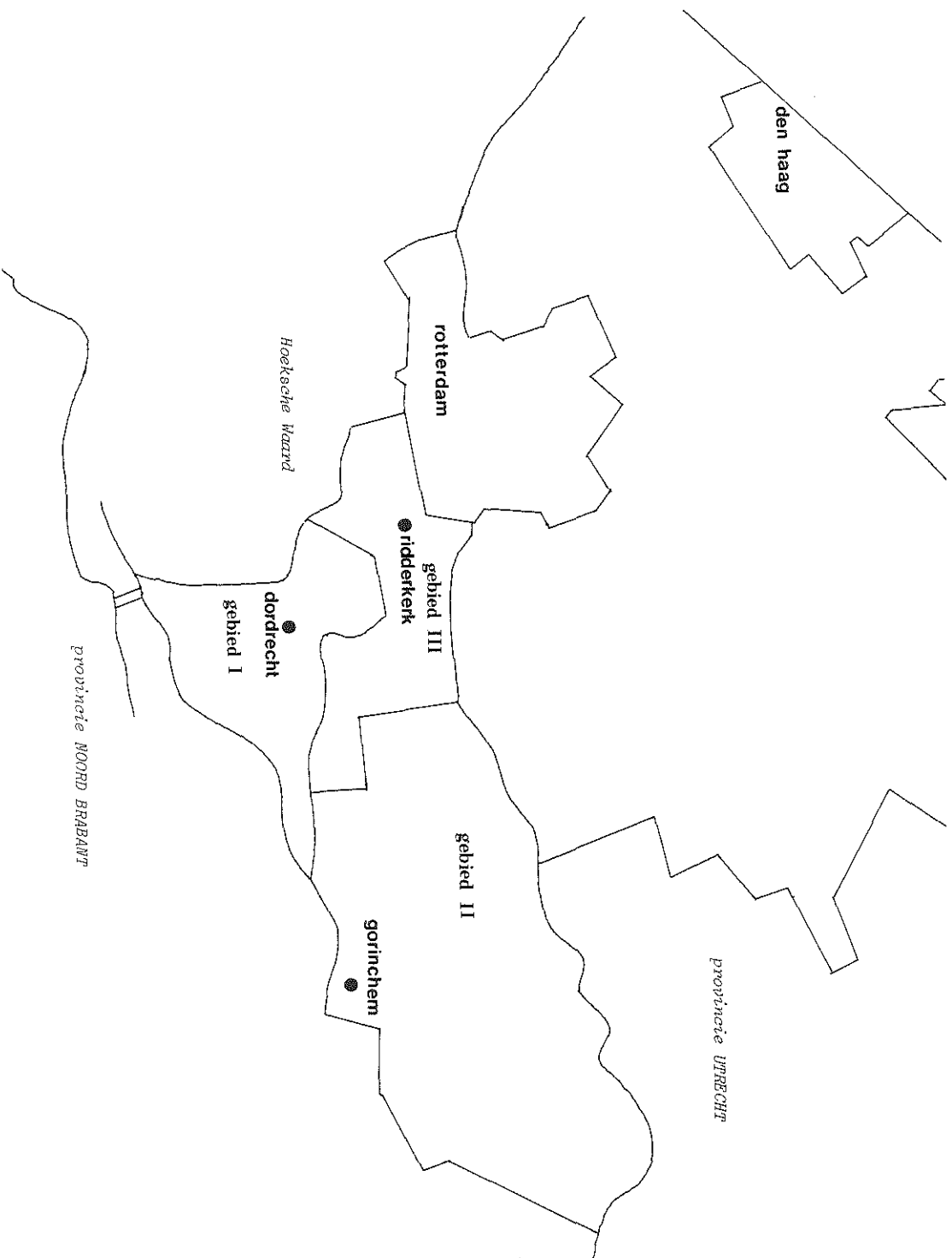
	aantal huisartsen per 1000 inwoners				aantal opnamen per huisarts			
	I	II	III	land	I	II	III	land
1970	0,53	0,65	0,45	0,63				0,49
extr. (jaar)		0,58(74)		0,62(73)	0,26	0,40	0,53	
1978	0,56	0,62	0,47	0,65				0,91
$\Delta$ in %	+ 6	- 4	+ 5	+ 4				+ 88

Tabel XVII

Trendanalyse van het gemiddeld aantal opnamen per huisarts  
voor de vier gebieden

	Gemiddeld aantal opnamen per huisarts			
	I	II	III	land.
a	0,204	0,358	0,460	0,487
b x 100	1,34	0,93	1,73	5,33
$R^2$	0,14	0,09	0,17	0,98
P	0,32	0,43	0,27	0,00









## BIJLAGE 2

INTAKE-VERSLAG

Datum :

Naam IP :

Intaker :

Adres :

Verwijzer:

Klientensysteem: Geb.datum: Beroep / opleiding(en):12345I Reden van aanmelding:Klachten:Hoe reageren de anderen:Wat er tot nu toe zelf aan gedaan:Eerdere behandelingen + onderzoek:Huidig medicijngebruik:Alkohol, nikotine, drugs:

VERVOLG INTAKE-VERSLAGII Relevante informatie

- |                         |
|-------------------------|
| 1. Werk                 |
| 2. Huisvesting          |
| 3. Huwelijk, gezin      |
| 4. Familie              |
| 5. Vrije tijdsbesteding |
| 6. Financiën            |
| 7. Religie              |
| 8. Sexualiteit          |
| 9.                      |

---

III Achtergrond (b.v. ouderlijk gezin; relatie; huwelijksrelatie; gescheiden; familie; etc.)

---

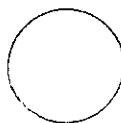
IV Verwachting klient-systeem:

VERVOLG INTAKE-VERSLAGV Observaties

1. Kommunikatie fenomenen (in de reden vallen, voor elkaar praten, non verbale aspecten, interpunctie problemen, beweringen en eigen opvattingen in vraagvorm, destructie verwijten, paradoxale communicatie, etc.):

2. Ruimtelijke orientatie (intekenen)

3. Indruk intaker:



---

VI Planning

1. Konklusies en doelstelling intaker:

2. Huiswerkopdrachten:

3. Datum nieuwe afspraak:

4. P.M. Punten:

5. Plan stafoverleg d.d.:

- a. Verder onderzoek:

- b. behandelopzet:



VERSLAG ZITTING NUMMER: Datum: Duur: (kwartieren)

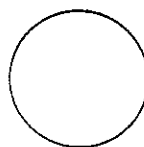
Naam IP:

Therapeut:

-----  
Doelstelling van de zitting:

Kort verloop van de zitting:

Ruimtelijke  
oriëntatie:



Gebruikte interventies:

Huiswerkopdracht die cliënten meekrijgen:

-----  
Evaluatie:

Positieve momenten voor de therapeut

Negatieve momenten voor de therapeut:

Doelstelling volgende zitting:

Datum volgende afspraak



EVALUATIE VERSLAG:Naam IP:Therapeut:Adres :  
  
-----1. Reden van aarmelding:2. Wanneer is de therapie gestart :Hoeveel zittingen zijn er geweest :3. Doelstelling van de laatste stafbespreking/intake:4. Wat is er veranderd in het probleemgedrag sinds het begin van de therapie:Wat is er verder veranderd:5. Data van de zittingen + samenvatting:6. Welke moeilijkheden ervaar je in de therapie:7. Interactie van het klientsysteem (interpunktie, verwijten, e.d.):Wat is er veranderd in de communicatie sinds het begin van de therapie:8. Omerkingen therapeut:9. Plan stafvergadering d.d.:





## Hoofdstuk 5

### Overwegingen over preventie

- 5.1        Ideeën over het voorkómen van een heropname.
- 5.2        Nazorg als wondermiddel.
- 5.3        Knelpunten ontleend aan de praktijk.



## 5.1

## IDEEEN OVER HET VOORKOMEN VAN EEN HEROPNAME

Veranderende inzichten, krachtiger medicijnen en verbeterde therapeutische technieken ten spijt zullen, naar alle waarschijnlijkheid, er mensen opgenomen blijven worden. De discontinuïteit die dit tot gevolg heeft voor het leven van de patiënt en diens omgeving moet tot een minimum beperkt blijven. De aanbevelingen hiertoe zijn vele (vgl. Alternatieven voor het psychiatrisch ziekenhuis, 1980).

Er zijn plannen voor wijkgerichte opnamen van psychiatrische patiënten (Van der Heide & Van Ree, 1983). Höppener, et al. (1983-a en b) hebben beschreven hoe de intra- en semimurale voorzieningen binnen een gezondheidsregio gedeconcentreerd en gedecentraliseerd kunnen worden.

De milieu-therapie matrix van Van der Eynde (1978, 1983, 1984) biedt de mogelijkheid om therapeutische voorzieningen en bouwkundige vereisten te integreren. Höppener, Jenner & Oudshoorn (1983) proberen het contact tussen de patiënt en diens omgeving in stand te houden door een 'buitenprogramma' tijdens de opname.

Een zekere mate van discontinuïteit is echter inherent aan de opname zelf. Deze discontinuïteit treedt volgens Van den Hout (1983) ook op wanneer de patiënt wordt ontslagen. Dit betekent dat de patiënt en diens familie niet aan hun lot overgelaten mogen worden. Waar nodig dient een ambulant behandelingspakket gereed te zijn op het moment van ontslag. Voorkomen moet echter worden dat patiënten langer dan nodig in hun patiëntenrol worden gehouden. Het 'poliklinisatie' effect dient voorkomen te worden (Höppener, et al., 1983).

Nazorg wordt aanbevolen als een effectief middel om de nadelen te minimaliseren van de discontinuïteit die optreedt bij ontslag. Het zou een heropnamevoorkomend effect hebben (vgl. Caffey, 1971; Ten Horn, 1979). Een kritische

beschouwing van de nazorg hoort derhalve thuis in een studie over (her)opnamevoorkomende strategieën.

De elementen die worden beschreven, zijn evenzovele opnamevoorkomende strategieën.

## 5.2

## NAZORG ALS WONDERMIDDEL \*

## Inleiding

Het ontslag uit een intramurale psychiatrische setting (APZ) is onderdeel van een sociaal proces. Van den Hout (1983) beschrijft het als een: "... proces waarin de psychiatrische patiënt sociaal wordt gevormd, een sociale positie krijgt toegewezen, daarnaar behandeld wordt en behandeld blijft worden" (pag. 98). Niet alleen voor de als patiënt geïdentificeerde maar ook voor diens omgeving is het ontslag een ingrijpende gebeurtenis die overeenkomsten vertoont met het door Jenner & Frets (1981) omschreven proces van opname. De eerder geciteerde Van den Hout zegt: "Een ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis is een ingrijpende gebeurtenis die een oplossing biedt voor sommige problemen, maar tevens nieuwe creëert. Het leven van hen die (eertijds) achter bleven, wordt (door dit ontslag) ontregeld ..." (pag. 97).

Het ontslag kan worden opgevat als een overgangsfase met de bijpassende faseproblematiek en de erbij behorende onzekerheid. Onzekerheid bij de patiënt of hij het zal redden. Bij de familie over het succes van de behandeling. Meerdere auteurs hebben erop gewezen dat familieleden niet altijd hun definitie van 'gek-zijn', die publiekelijk gelegitimeerd werd door een opname, willen opgeven bij het ontslag (vgl. Scheff, 1963-a en b; Nijhof & Hosman, 1980; Paull, 1980; Steadman, 1981).

\* Verschenen in: Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid  
(1984), 39,5 : 532-542.

Maar evenzeer onzekerheid en ambivalentie bij de hulpverleners. De behandelaars van het APZ die bij gebrek aan harde en objectiveerbare graadmeters voor verbetering moeten afgaan op hun intuïtie en ervaring; soms tegen de wil van patiënt en/of familie in. Soms wegens plaatsgebrek of onenigheid binnen het behandelteam, tegen hun eigen opvatting in. Onzekerheid ook over de kwaliteit van de zorg na ontslag. Ambivalentie bij de SPD, omdat de ontslagen patiënt tot op zekere hoogte het falen van hun ambulante hulp verpersoonlijkt, omdat ze er niet in geloven, of omdat ze geïrriteerd zijn over de gehanteerde ontslagprocedure, enzovoorts.

Gezien de complexiteit van en de variatie in de problemen rond het ontslag zou een genuanceerd plan te verwachten zijn. Het is dan ook verbijsterend te noemen dat voor al deze problemen in de loop der tijd slechts één oplossing gevonden lijkt te zijn: de nazorg. Het lijkt erop of de complexiteit van het probleem de hulpverlening zo dreigt te overspoelen dat er een soort regressie optreedt naar het magisch denken: 'Nazorg is altijd goed'. Goed voor de continuïteit van zorg (vgl. De Jong et al., 1983). Goed voor de assistent in opleiding: hij stelt zijn opleider gerust. Goed voor het APZ: mocht de patiënt het niet redden, dan ligt dat niet aan de behandeling maar aan de nazorg. Goed voor de patiënt: een soort garantie voor permanent begrip. Goed ook voor de familie: een oppasser voor de gek; zie je wel, we hadden toch gelijk, hij is nog niet beter; als het nodig is, leest de nazorg hem de les of neemt hem op. Een cynische opsomming, een onvolledige ook.

Er zitten ontegenzeggelijk vele goede kanten aan nazorg. Omdat daarover reeds literatuur voorradig is (vgl. Caffey et al., 1971; Stein & Test, 1980; Ten Horn, 1982; De Jong et al., 1983), wil ik in deze bijdrage hierop niet verder ingaan.

## Dogma

De vraag die ik wil voorleggen, is om te bezien of er ook nadelen kunnen kleven aan nazorg, zodat nazorg niet langer misbruikt kan worden als een panacee tegen de onzekerheid rond het ontslaggebeuren. In discussies over nazorg is mij namelijk opgevallen hoe automatisch men als een axioma aanneemt, dat nazorg altijd en voor iedereen goed zou zijn (vgl. Colaço Belmonte, 1979; Ten Horn, 1979; Schudel, 1979-a en b). Zolang dit niet is bewezen, berust deze opvatting slechts op een voorwetenschappelijke notie, op een soort dogma en niet op feiten.

Feiten die nodig zijn, wil men de onderzoeksgegevens, zoals gepubliceerd door bijvoorbeeld Ten Horn (1982-a en b), kunnen interpreteren. De preventieve werking van nazorg ter voorkoming van een heropname is volgens Mastboom en Peters (1983) mogelijk slechts een artefact, dat voortvloeit uit de werkdefinitie van het nazorgbegrip. Zo is het geringe percentage patiënten dat nazorg ontvangt zorgwekkend wanneer men ervan uitgaat dat nazorg altijd moet. Het geeft echter aanleiding tot optimisme wanneer het voor bepaalde groepen niet zinvol zou blijken te zijn. Net als medicijnen moet nazorg op indicatie worden voorgeschreven, zo niet, dan overheersen de bijwerkingen.

Hoewel niet geconcludeerd mag worden dat nazorg heropnamen bevordert (vgl. Caffey et al., 1971; Stein & Test, 1980), geeft het toch te denken dat de kans op heropname het grootst was bij de groep die een nazorg-huisbezoek kreeg binnen twaalf weken na ontslag (Ten Horn, 1982-a). Waarschijnlijk is dit juist een high-risk categorie geweest, maar toch.

De mij bekende literatuur over nazorg vergemakkelijkt conclusies over de (on)zin en/of het effect ervan niet door:

- verschillen in de onderzochte groepen. De opvattingen van hulpverleners beïnvloeden de selectie van patiën-

ten. Elke werkwijze selecteert bepaalde patiënten, mede doordat de 'setting' haar eigen verwijzers uitselctceert. Door het 'informed consent' dat bijvoorbeeld veel wordt toegepast bij Amerikaanse studies kan een groep weinig gemotiveerde patiënten buiten een bepaald onderzoek vallen. Generaliseren van conclusies wordt hierdoor een hachelijke zaak. Zo zijn de bevindingen van Caffey et al. (1971) over de nazorg van een groep geselecteerde schizofrene patiënten niet uitwisselbaar met die van Ten Horn (1982), die de 'patiënt-carrière' van alle ontslagen patiënten heeft onderzocht;

- het weglaten van uitvallers in de berekening van succespercentages;
- verschillen in follow-up procedures (enquêtes versus interviews, de betrokkenheid van de enquêteurs bij de behandeling, tijdsinterval en dergelijke);
- verschillen in frequentie, duur en inhoud van de nazorg;
- verschillend tijdsinterval tussen ontslag en eerste nazorgcontact;
- de gebruikte graadmeters voor verbetering.

Voor de methodologische aspecten van deze opsomming zij verwezen naar: Festinger & Katz, 1966; Hill & Blane, 1967; De Groot, 1969; Jenner, 1981-c.

Voor een produktieve discussie over de nazorg lijken mij van belang: mogelijke bijwerkingen, de inhoud en de vorm ervan, de attitude van de hulpverleners en problemen van structurele aard. Deze bijdrage is bedoeld als een aanzet om te komen tot een concretisering van de nazorg. Het is bedoeld als discussiestuk, niet als sluitstuk. Een discussie die zinvol kan worden door het gezamenlijk zoeken naar oplossingen en hopelijk niet zal verzanden in het opwerpen en/of afschuiven van schuldvragen.



### Bijwerkingen van de nazorg

De term nazorg acht ik om meerdere redenen een weinig gelukkige. Nazorg kan niet worden losgedacht van voorzorg. Beide termen suggereren dat alleen hiertussen (in het psychiatrisch ziekenhuis) de echte zorg kan plaatsvinden (vgl. Trimbos, 1959). Een suggestie die niet alleen onjuist is, maar bovendien niet meer past in het huidige streven om ook de GGZ-hulp zoveel mogelijk terug te brengen naar het eigen leefmilieu van patiënten. Rotteveel (1983) acht een opname op zich geen goede indicator voor het aanbieden van nazorg. Zijn kritiek formuleert hij nogal scherp: "Nazorg is een concept dat voortkomt uit instituutsgericht denken: niet de problemen van de patiënt bepalen wat voor zorg hij krijgt, maar de instelling waarin hij is terechtgekomen".

De term nazorg zegt iets over de prognose. Over de impliciete verwachting dat deze patiënt het (alleen) niet zal redden. Zo betwijfelen De Jong et al. (1983) of nazorg heropnamen voorkomt. Zelfs twijfelen ze eraan of nazorg het herstel bevordert. De ondersteuning van gezinsleden achten ze het meest belangrijk. Dat ze nazorg willen gebruiken om patiënt en familie informatie te geven over de ziekte, vind ik het paard achter de wagen spannen. Dit had voor en tijdens de opname gebeurd moeten zijn. Het wegwijs maken in de wirwar van de maatschappij is uiteraard zinvol. Dit heet echter resocialisatie en is te vangen in werkdoelen. Het is niet zo specifiek dat het bij psychotische patiënten opeens nazorg genoemd zou moeten worden.

Dit negatieve verwachtingspatroon kan een eigen leven gaan leiden wanneer deze zorg niet nader kan worden geconcretiseerd. Er kan daardoor gemakkelijk een ondoorzichtige situatie ontstaan: u bent beter, maar nog zo ziek dat u hulp nodig heeft voor onbepaalde tijd. Deze paradox induceert weer angst en onzekerheid bij patiënt en familieleden. Een angstig wachten op het moment waarop het weer fout zal

gaan. Een angst die - gezien de onbepaalde tijd van de nazorg - niet slijt met de tijd, maar pas af kan nemen door de zekerheid van het fout gaan zelf. De ontspanning van de heropname.

#### Associaties

De term 'nazorg' roept associaties op met: chronisch, ernstig, recidive, controle. Hoe reëel het gevaar van dergelijke associaties is, hebben onderzoeken naar de opvattingen van de burgerij over ex-psychiatrische patiënten genoegzaam bewezen (vgl. Scheff, 1963; Nijhof & Hosman, 1980; Steadman, 1981).

Dergelijke sombere verwachtingen zijn evenzeer misplaatst als de overtrokken veronderstelling dat met adequate zorgsystemen alle psychiatrische problemen verdwenen zullen zijn. Misplaatst gezien de methoden die de laatste jaren door sommige SPD-en zijn ontwikkeld voor een ambulante behandeling van juist de ernstige psychiatrische stoornissen (vgl. Hoogduin c.s., 1978, 1979, 1980; Jenner c.s., 1982-a en b, 1984-a). Dit betreft zowel congruente methodieken zoals 'de beschermengel' en 'de bodyguard' (vgl. Jenner, 1984-a), als paradoxale technieken, zoals de 'mothering'-en de 'horror'-techniek (vgl. Jenner, 1982- a en b en Jenner & Henneberg, 1982).

Associaties die de perceptie van hulpverlener en familie in negatieve zin beïnvloeden, kunnen aanleiding geven tot een self-fulfilling prophecy. Gedragingen van de patiënt worden dan niet langer beoordeeld op hun merites, maar in een raamwerk van een negatief verwachtingspatroon. Klachten over bijwerkingen van medicijnen worden makkelijker opgevat als een uiting van negativisme dan als een poging om verantwoordelijkheid te dragen voor het eigen leven. Het zoeken naar een positieve context wordt door dit negatieve verwachtingspatroon bemoeilijkt. De patiënt kan hierdoor

worden bekrachtigd in de rol van chronische patiënt, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat.

Overtuigd van die chroniciteit percipiëren hulpverleners tekenen van verbetering onvoldoende als zodanig. Hun reacties worden daardoor innerlijk tegenstrijdig of paradoxaal. In ieder geval kunnen ze verwarrend zijn, verwarrend voor patiënten die toch al moeite hebben met de perceptie en interpretatie van eigen gedrag en van intermenselijke reactiepatronen. Höppener et al. (1983) wijzen op het geval dat patiënten te lang in poliklinische behandeling blijven, waardoor een gezonde ontwikkeling geremd kan worden evenals het herstel van normale gezinsinteracties. Ze spreken over poliklinisatiesyndroom.

Het gevaar van vals positieve indicaties is reeds aangestipt in hfdst. 3.2. Dit geldt ook voor nazorg. Het automatisisme om een vervolgspraak te geven verhindert feedback over foutieve indicaties tot nazorg. Het bevestigt daarentegen wel de overigens niet bewezen opvatting van hulpverleners, dat nazorg een verder afglijden van (ex-) patiënten tegengaat of minstens vertraagt. Een opvatting die extra bekrachtigd wordt door de feedback die wel plaatsvindt over vals negatieve indicaties, waarbij de nazorg te vroeg werd gestopt, en over de verslechtering van patiënten die zich hebben onttrokken aan de nazorg.

#### 'Ambulant behandelprogramma' na opname

Om bovengenoemde redenen acht ik een andere term dan 'nazorg' gewenst. 'Vervolgbehandeling' benadrukt de continuïteit van zorg waarbij een opname een integraal deel is van een groter behandelplan. Daarentegen kan deze term eveneens associaties opwekken als eindeloos. Persoonlijk lijkt mij een term als 'afronding' of 'afronddende behandeling' meer geschikt. 'Ambulant behandelprogramma na opname' is mogelijk het meest reëel. Zo'n programma is te concretiseren en

naderhand te evalueren.

Hiermede wil niet gezegd zijn dat een patiënt na ontslag maar aan zijn lot moet worden overgelaten, evenmin dat zorg niet noodzakelijk is. Zorg moet dan wel worden opgevat als zorgvuldig, als zorgdragen voor, ook als empathie. Dit zijn echter essentiële onderdelen van elke goede therapeutische relatie. Ze hoeven niet apart genoemd te worden, noch voor, noch tijdens of na een opname; ze dienen er gewoon te zijn. Bedoeld is te bepleiten dat onderzocht wordt wat de indicaties zijn voor nazorg, wat de inhoud daarvan dient te zijn en hoe lang het gegeven moet worden. Bij sommigen misschien niet, bij anderen levenslang.

Bij sommigen een zorgen voor, bij anderen gerichte therapie of iets wat daartussen valt?

#### Inhoud van de nazorg

In de literatuur wordt voornamelijk geschreven over nazorg in algemene termen. Een generalisatie die gezien de uiteenlopende leeftijden, probleemsituaties en diagnoses vreemd aandoet. Wat beoogt men met de nazorg? Alleen verzorging of ook behandeling? Ook ontslagen patiënten hebben mijns inziens recht op behandeling. De doelstelling ervan dient natuurlijk wel haalbaar te zijn en afgestemd op patiënt, milieu en de regionaal aanwezige mogelijkheden voor hulpverlening. Gaat het om de zorg van de hulpverlener dat de patiënt de medicatie zal stoppen, met andere woorden: wordt controle gevraagd? Is er sprake van het verdunnen van verantwoordelijkheden?

Veelal spelen deze en positievere overwegingen als bezorgdheid, ondersteuning van het systeem, het voorkomen van een recidive en betere garanties voor resocialisatie tegelijkertijd een rol. Maar op een zo ondoorzichtige manier, zo weinig uitgekristalliseerd dat we voor een diversiteit van klachten als relatieproblemen, problemen op het werk,

paranoia, parasietenwaan, angst voor onweer, eenzaamheid en onvermogen tot het leggen van sociale contacten niets beters weten te bedenken dan één begrip: nazorg. Nu is kanker op anderen niet de meest aangewezen manier om de nazorg te verbeteren. Het zou ook onterecht zijn omdat het gaat om de continuïteit van een behandelingsopzet. Een gezamenlijke verantwoordelijkheid dus.

Wanneer de tweedelijns AGGZ een grotere rol moet gaan spelen in de behandeling na opname, dan zijn structurele veranderingen in het opnamepatroon noodzakelijk. De AGGZ blijkt aan patiënten die vóór opname reeds bij hen bekend waren vaker nazorg te geven dan aan onbekenden (Ten Horn, 1983). Het aantal opnamen dat buiten de AGGZ wordt bewerkstelligd is echter in de jaren zeventig significant toegenomen (vgl. Jenner & Nagels, 1983). Deze ontwikkeling lijkt nadelig voor een efficiënte behandeling-na-opname en zal derhalve gekeerd moeten worden. Vanuit de sociale psychiatrie meen ik dat in ieder geval de volgende aspecten moeten worden onderscheiden wanneer er wordt gevraagd om 'ambulante behandeling na opname' (tot op heden bekend als nazorg):

#### Doelstelling

Patiënten worden opgenomen met bepaalde bedoelingen (vgl. Jenner & Frets, 1981). Wanneer dit een beoordeling of diagnose betreft, ligt de zaak relatief eenvoudig. De patiënt wordt opgenomen met een duidelijke vraagstelling. Nadat de diagnose is gesteld, dient de patiënt huiswaarts te gaan alwaar de behandeling op basis van het advies kan worden uitgevoerd.

Ingewikkelder wordt het wanneer de reden voor opname er een was van therapeutische aard. Heeft de therapie aan het gestelde doel beantwoord, dan bestaat er geen wezenlijke reden voor een vervolgbehandeling. Vóór ontslag moet

dan al wel zijn gebleken dat het in de kliniek geleerde uitvoerbaar is in het dagelijks leven van de patiënt. Wanneer het beoogde doel (nog) niet is bereikt, is het van belang om te weten welke subdoelen er nog gerealiseerd dienen te worden. Net zo belangrijk is het om te vernemen of de destijds gestelde doelen überhaupt realiseerbaar (b)leken of bijgesteld moesten worden. Afhankelijk van de aard van deze doelen kan de eerste lijn worden ingeschakeld of de tweedelijns AGGZ. Vos (1983) heeft enkele zinvolle suggesties gedaan om te garanderen dat voor psychiatrische patiënten de hulp door het Algemeen Maatschappelijk Werk niet los raakt van de psychiatrische bedding.

De vervolgbehandeling dient altijd probleemgericht te zijn, de doelstelling ervan concreet haalbaar. Goede resultaten van een intensief nazorgprogramma dat zich richt op resocialisatie van patiënten met recidiverende of chronische psychosen, zijn gemeld door Stein & Test (1980). Een recidive treedt volgens De Jong et al. (1983) bij patiënten met functionele psychosen minder snel op wanneer ze nazorg krijgen. Het slagen van een ambulant behandelprogramma na een opname bij deze categorie patiënten blijkt ervan afhankelijk te zijn of de betrokken hulpverleners actief, outreaching en gemotiveerd zijn. Plezier in het 'vuile werk' lijkt een soort *conditio sine qua non*. Of dit voor andere categorieën ook geldt, is echter nog onvoldoende bekend. Het verdient aanbeveling te werken in haalbare, overzichtelijke stappen omdat dit IK-versterkend en motiverend werkt.

#### Gewenste methode

Voor één klacht bestaan meerdere vormen van therapie. Qua resultaat blijken de methodieken elkaar nauwelijks te ontlopen. De niet-specifieke variabelen blijken van groter invloed. Het lijkt dus logisch om bij het regelen van een

vervolgbehandeling hieraan aandacht te besteden. Welke methode past bij deze persoon met zijn/haar klachten? Hoe kan de patiënt het beste worden gemotiveerd: door uitleg of juist door doen, is er behoefte aan een 'sterke' therapeut of moet de autonomie van de patiënt in de watten worden gelegd? Is een congruente aanpak geïndiceerd of een paradoxale? Dit zijn gegevens die voor een vervolgbehandeling van groot belang zijn. Het zal duidelijk zijn dat een fixerende 'veroordelende' vorm van diagnostiek (bijvoorbeeld functionele hoofdpijn bij een karakterneurotische man op basis van een gestoorde ouder-kind relatie) hiervoor minder geschikt is.

#### Omgevingsfactoren

Moet de omgeving betrokken worden in de behandeling, en zo ja, wie? De kans op decompensatie van schizofrene patiënten is, blijkens Engelse onderzoeken, groter (Brown et al., 1972; Rutter & Brown, 1966; Vaughn & Leff, 1976) wanneer de agressie van gezinsleden (EE-factor) ten opzichte van de geïdentificeerde patiënt een bepaalde grens heeft overschreden. Zij hebben ondervonden hoe belangrijk het is om het systeem te betrekken in de behandeling (Creer & Wing, 1979). Dit kan variëren van uitleg en ondersteuning tot gezinstherapie. Beneden deze grens achten zij gezinstherapie geïndiceerd, boven deze grens blijkt losmaking van het gezin de kans op heropname te verminderen. Bij deze laatste categorie blijken neuroleptica, meer dan bij de eerste, belangrijk in het voorkomen van recidive.

Om behandeling na opname kans van slagen te geven, zouden we antwoord moeten kunnen geven op vragen als: Werden gezinsleden tijdens de opname betrokken bij de behandeling? Zo nee, berustte dit op - onverhoopte - onwil van de familie of speelde de afstand een reële rol, of het

tijdstip waarop de therapiezittingen waren gepland, of misschien de visie op hulpverlening van de behandelaar? Moet actie worden ondernomen naar het werk en zo ja, welke? Is een beschermende woonvorm aangewezen? Zo ja, is dit reeds in gang gezet tijdens de opname? Zo nee, waarom niet?

#### Medicatie

Over medicatie wil ik kort zijn. Persoonlijk sta ik een strategie van onderhandelen voor. Het respecteert de patiënt, het betreft hem bij de behandeling en versterkt de IK-functies. Bovendien - en dat is van zeer groot belang voor de thuisbehandeling - vergroot het de therapietrouw (vgl. Jenner, 1982-b).

Men mag van de nazorg geen onmogelijke dingen vragen. Het verzoek (de opdracht?) toe te zien op het medicijngebruik van een patiënt die in de kliniek zich hiertegen reeds verzette, is onzinnig. Aan zo'n verwachting is niet te voldoen. Wat erger is, men verknalt met zulke opdrachten zowel de relatie tussen APZ en SPD als de relatie tussen SPD en Huisarts ('jullie zouden er toch voor zorgen'; 'het staat in de brief'). Door zo'n verkapte controle wordt ook de patiënt niet gemotiveerd om een afspraak te maken, wat voor hem wil zeggen: zich te laten controleren.

Een realistische benadering valt in dit geval te prefereren boven een idealistische (utopische?).

#### Regionale mogelijkheden

Van vervolgbehandeling kan alleen sprake zijn wanneer die uitvoerbaar is. Dit geldt zowel de aard van de behandeling als de frequentie waarin en de locatie waar deze gegeven moet worden. Hoe banaal het ook klinkt: 'waar niet is, verliest de keizer zijn recht' geldt ook bij de AGGZ. Hulpvormen die niet voorradig zijn, kunnen niet worden gegeven. In zo'n situatie wordt de meest adequate vervolgbehandeling



gegeven door de gestarte therapie af te maken bij het APZ. Hoe zinvol een gezamenlijk behandelen van een manisch-depressieve patiënt door PAAZ en SPD ook moge zijn, de zin ervan gaat verloren wanneer de lokale verhoudingen zo'n samenwerking onmogelijk maken. Zolang de lokale structuur niet is verbeterd, moet zo'n - op zichzelf goed - plan als slecht worden verworpen.

Concluderend wil ik stellen: de term 'nazorg' kan beter worden vervangen door een minder belaste(nde); de indicatiestelling ervan dient nader te worden onderzocht, de te gebruiken methodieken nader te worden geconcretiseerd en geëvalueerd. Waarschijnlijk hebben chronische psychotische patiënten, meer dan andere groepen, een intensievere, meer frequente vorm nodig met kleinere subdoelen, gegeven door actief outreaching werkende medewerkers.

## 5.3

## KNELPUNTEN ONTLEEND AAN DE PRAKTIJK

Voor die patiënten waarvoor na hun opname een verdere ambulante behandeling geïndiceerd is, moeten afspraken worden gemaakt die de realisering ervan mogelijk maken. Afspraken over:

## Timing

In theorie kan de ambulante behandeling het beste aanvangen (doorlopen?) op het moment van opname. Dit biedt de meeste waarborgen voor een continue hulpverlening. In de praktijk blijkt dit echter nauwelijks te realiseren. Wanneer kan dan wel begonnen worden? Het gezegde: 'Het beste is de vijand van het goede', blijkt ook hierop van toepassing.

De startdatum is afhankelijk van het doel dat men wil bereiken. De discontinuïteit in het levenspatroon van patiënten en hun sociale systemen, die het gevolg is van een opname, wordt niet weggenomen door periodieke bezoeken aan het APZ van een 'nazorger'. Regelmatig bezoek door de familie lijkt hiervoor meer geschikt; bezoek van de patiënt aan zijn leefmilieu nog meer. 'Maar het onderhouden van het contact met de ambulante hulpverlening dan?' kan worden gevraagd. Welk contact?, is hierop de weervraag. Een half uur, hooguit een uur, maar meestal korter even bijpraten? Vragen hoe het ermee gaat, beleefdheden uitwisselen en groeten overbrengen? Is dat de essentie van een hulpverleningscontact?

Zolang de behandeling zich geheel blijft afspelen binnen de muren van het APZ, acht ik nazorg - tijdens-de-opname een weinig effectieve en meestal tijdrovende bezigheid. Doelgericht overleg tussen behandelaars kan ook telefonisch gebeuren en is, afhankelijk van de afstand APZ-RIAGG meestal beduidend minder tijdrovend.

Een geheel andere situatie ontstaat wanneer het APZ

werkt met externe programma's (vgl. Höppener, et al., 1983).

Dit valt om meerdere redenen aan te bevelen. Het vermindert de gevaren van vervreemding en van uitstoting.

Echtpaar- en gezinstherapieën worden beter uitvoerbaar door het wegvallen van een belemmerende factor als reistijd van gezinsleden. Bovendien kan worden gewerkt aan en met problemen die zich in het hier-en-nu voordoen. Adviezen kunnen in het eigen milieu worden uitgeprobeerd en zonodig ter plekke worden bijgestuurd. De generalisatie naar de thuis-situatie, van het in de behandeling geleerde - een zwak punt van alle intramurale behandelingen - kan hierdoor op natuurlijke wijze plaatsvinden. Een extern programma maakt het inschakelen van de 'vervolgbehandelaar' in een vroeg stadium van de opname zinvol, evenals een regelmatig overleg tussen de intramuraal werkende hulpverlener en diens ambulant werkende collega.

Het bezoek van de patiënt aan zijn 'vervolgbehandelaar' is eveneens zinvol, wanneer het APZ niet werkt met een extern programma. Hij krijgt hierdoor gelegenheid te wennen aan deze contacten en aan de toekomstige setting. Tijdens deze proefperiode kunnen wrijvingen worden gesignaleerd en mogelijk worden weggenomen. Een goede 'matching' kan in deze periode worden gerealiseerd. Qua timing kunnen deze contacten het beste plaatsvinden in de fase waarin het ontslag wordt voorbereid.

#### Locatie

Het automatisme om de eerste contacten te doen plaatsvinden binnen de muren van het APZ, acht ik hierboven voldoende weerlegd. De 'marathonbesprekingen' tussen APZ- en SPD-medewerkers, waarbij alle patiënten worden besproken (?) die zijn opgenomen uit de betreffende gezondheidsregio, zijn apert ongeschikt voor het opstellen van een concreet

(vervolg) behandelplan dat is afgestemd op het individu en zijn systeem. De functie van deze bijeenkomsten moet eerder worden gezocht in het elkaar-leren-kennen van de respectieve hulpverleners. Of de patiëntenbespreking hiervoor het meest geschikte middel is, valt te betwijfelen.

Meelopen in elkaars werksetting, het gezamenlijk bespreken van nieuwe ontwikkelingen, begrip krijgen voor de problemen die de werksetting van de ander met zich meebrengt, etc., lijken hiervoor meer geschikt. Deze altemeer bij het RIAGG en het APZ te laten plaatsvinden, is dan een logische gevolgtrekking.

#### Wie behandelt verder?

De behandelaar die de patiënt heeft doen opnemen, kan in principe het beste verder behandelen na opname. Dit garandeert continuïteit van zorg; het bespaart de patiënt de pijnlijke ervaring oude koeien uit de sloot te moeten halen. Op indicatie zal hiervan moeten worden afgeweken zoals: wanneer een der partijen hiertegen bezwaar heeft, bij het bestaan van een wachtlijst, of, wanneer de behandeling eisen met zich meebrengt, waaraan de eerdere behandelaar niet kan voldoen.

Het realiseren van een terugverwijzing kan worden bemiddelend doordat de gegevens over de verwijzer niet snel genoeg bij de hand zijn en doordat de patiënt tijdens zijn opname van afdeling is veranderd en/of een andere therapeut heeft gekregen. Een pragmatische oplossing hiervoor is een sticker - met de naam en het telefoonnummer van en het tijdstip waarop de verwijzer bereikbaar is - te plakken op een vaste plaats in het dossier. De verwijzer zou deze sticker mee kunnen sturen in zijn opnamebrief.

### Structurele aspecten

De gevonden oplossingen zullen moeten resulteren in structurele veranderingen. Besprekingen hierover moeten plaatsvinden op medewerkers- én op directieniveau. Gezocht zal moeten worden naar:

- een systeem van bindende afspraken tussen de GGZ-instellingen binnen een gezondheidsregio over opname- en ontslagprocedures,
- uniforme berichtgeving. Hierbij kan worden gedacht aan voorgedrukte formulieren waarop concrete gegevens over de vervolgbehandeling worden ingevuld. Dit stimuleert mogelijk het denken over en de attitude ten aanzien van continuïteit van behandeling,
- vooroverleg voor ontslag tussen verwijzer/vervolgbehandelaar en APZ-behandelaar. Een bonussysteem met financiële voordelen per gerealiseerd overleg kan dit mogelijk bevorderen,
- terugkerend probleemgericht overleg tussen verwijzer en APZ over procedureproblemen bij opname of ontslag,
- herwaardering van de spilfunctie van de sociale psychiatrie. Deze functie versnipperen of zoals Sorel (1982) voorstelt verleggen naar de poli-APZ is een stap terug in de geschiedenis,
- gelijk(soortig)e financiering van de betrokken GGZ-instellingen.

Een grote belemmering voor het realiseren van een vervolgbehandeling is mogelijk gelegen in de vigerende visies op hulpverlening bij de werkers in de GGZ. Deze leiden makkelijk tot vooroordelen over elkaars bedoelingen en werk en worden in stand gehouden door de verschillendsoortige realiteit die elk waarneemt aan zijn kant van de APZ-poort. Door de structuur van onze gezondheidszorg alleen al zal deze intramuraal meer patiënt-gericht moeten zijn en kan deze extramuraal meer systeem-gericht zijn.

Veranderende inzichten over de mogelijke functies van klachten hebben deze verschillen in visie zeker niet doen verminderen. Het gebruik van een exclusief 'of-of' model heeft geleid tot een heilloze polarisatie. Het eigen gelijk werd bewezen door het beschuldigen van de ander met respectievelijk 'hospitalisatie' en 'afkeer van chronische patiënten'. Een additief en integraal model lijkt meer geschikt om mogelijke artefacten van onze hulpverlening vroegtijdig te signaleren en waar mogelijk te bestrijden.

De mate waarin tweede- en derdelijns GGZ begrip leren opbrengen voor elkaars problemen en bereid zijn hierin elkaar aan te vullen, is bepalend voor het slagen of stranden van een continu proces van behandeling. Dit vraagt een bereidheid tot samenwerken, een accepteren van de integriteit van medewerkers aan de andere zijde van de APZ-poort. Aanzetten hiervoor zouden kunnen bestaan uit gezamenlijke intervisiebijeenkomsten, waarin de achtergronden van de gekozen werkwijze worden verduidelijkt aan de hand van concrete voorbeelden uit de praktijk.

## Hoofdstuk 6

### Samenvatting en aanbevelingen





## Samenvatting en aanbevelingen

Een opname in een psychiatrisch ziekenhuis is de som van een aantal deelsituaties die elk op zich niet obligaats daartoe behoeven te leiden. Er bestaat geen vast omschreven 'opname-syndroom', evenmin een objectieve en overdraagbare maat voor gestoord gedrag. Het is een ingreep die sommige problemen oplost, maar waardoor nieuwe met verstrekkende nadelige invloeden op de verdere levensloop van de patiënt en diens familie kunnen ontstaan. De gepostuleerde lastenverlichting voor de omgeving die het gevolg zou zijn van een psychiatrische opname lijkt meer het resultaat van wishful thinking dan een realiteit. De mate waarin gezinsleden een psychiatrische patiënt ervaren als een belasting neemt, blijktens het onderzoek van Herz, (1976) niet af door hem op te nemen: "Family members reported symptoms .... whether the patient was at home or in the hospital".

In de besluitvorming rond een psychiatrische opname spelen niet alleen patiëntgebonden factoren een rol. De vóóropleiding van degene die beoordeelt, diens persoonlijkheid en mensvisie alsook zijn ervaring en de mate van vermoeidheid zijn eveneens van belang; zo ook het tijdstip waarop de patiënt wordt aangemeld. De 'meer-opname' in avond, nacht en weekend is niet verklaarbaar uit de aard van de aangemelde problematiek (vgl. Mendel & Rapport, 1969; Streiner, et al., 1975). Het onderzoek van de laatstgenoemde auteurs maakt aannemelijk dat deze 'meer-opname' toeneemt naarmate het aantal aanmeldingen per opnamefunctionaris groter is. Er lijkt sprake van een optimum in deze, waarboven zelfs een ervaren functionaris ten onrechte gaat opnemen.

Hoe groter het aantal lege bedden, des te meer patiënten worden er opgenomen (vgl. Streiner, et al., 1975; Elsenburg, 1979).

Oudere patiënten worden minder snel opgenomen (Giel, 1973); bij vergelijkbare symptomen worden patiënten uit lagere sociale klassen eerder opgenomen dan die uit de hogere (vgl. Shader, et al., 1969).

Bij ernstig gestoorde patiënten spelen de ernst van de symptomen en van de ziektebeelden slechts een ondergeschikte rol: Een eerdere opname in een psychiatrisch ziekenhuis daarentegen blijkt van groot belang. Volgens Mendell & Rapport (1969) is het zelfs de enige factor met een statistisch significante invloed op de besluitvorming tot een psychiatrische opname.

Een korte opname in een APZ is even effectief als een langdurige (vgl. Caffey, et al., 1971; Glick, et al., 1974-a en b, 1976-a, b en c; Hargreaves, et al., 1977; Mattes, et al., 1977-a en b, 1979). De angst dat kortdurende opnamen leiden tot een groter aantal heropnamen (vgl. Attkinson, 1975; Greenblatt & Glazier, 1975; Ten Horn, 1979), is volgens onderzoeken van Herz, et al. (1975, 1976, 1977, 1979), Endicott, et al. (1978 en 1979) en van Mattes, et al. (1977-a en b, 1979, 1982) ongegrond. Mattes (1982) concludeert in een overzichtsartikel dat langere opnamen het aantal heropnamen waarschijnlijk doen toenemen.

Herz & Endicott vonden dat een korte opname: 1) niet leidt tot grotere belasting van de familie; 2) evenmin tot ernstiger psychopathologie na ontslag; 3) echter wel tot meer adequaat sociaal gedrag.

De therapeutische resultaten van ambulante crisisinterventie doen in Amerikaans onderzoek niet onder voor die van een klinische opname bij een vergelijkbare groep patiënten (vgl. Langsley, 1968-a en b, 1969, 1971; Langsley & Yarvis, 1978; Decker & Stubblebine, 1972).

OVS is de verzamelnaam voor de verschillende elementen van de ambulante crisisinterventie die in dit onderzoek worden beschreven, zijn toegepast in de praktijk van een

SPD en zijn getoetst op hun effect. De elementen stammen uit de sociale psychiatrie (zoals (continuïteit van) zorg en outreaching activities), de psychotherapie (met name het planmatig en evaluerend gebruik van technieken) en uit de crisistheorie.

Caplan (1964) omschrijft een crisis als de situatie waarin de fundamentele behoeftenbevrediging van mensen dusdanig in gevaar is dat hun gebruikelijke probleemoplossende vermogens in hun beleving ontoereikend zijn. Waar gevraagd wordt om een psychiatrische opname is hiervan sprake.

Lindemann (1944) heeft een crisis omschreven als een emotioneel proces dat eindig is en dat streeft naar een nieuw evenwicht. De timing van de interventies tijdens een crisis dient bepaald te worden door de beleving van het tijdsperspectief van de personen in crisis zoals dat is uitgewerkt door Tyhurst (1957). De afloop van een crisis wordt mede bepaald door cognitieve functies zoals waarnemen en verwerken. Caplan (1961-b, 1964) heeft hierbij gewezen op het belang van anticiperende emoties en de begeleiding hierbij door de therapeut.

Volgens de crisistheorie kunnen mensen leren van het crisisproces dat ze doormaken, hun probleemoplossend vermogen kan erdoor toenemen. Uit ervaringen met OVS kan worden geconcludeerd dat dit evenzo geldt voor de perikelen rond een psychiatrische opname. Aansluiting bij de beleving van het tijdsperspectief, het creëren van voldoende ruimte voor het uiten van emoties en aandacht voor cognitieve processen mogen dan ook geen van alle ontbreken in een opnamevoorkomende strategie.

Het vinden van een alternatief voor een psychiatrische opname, dat acceptabel is voor voldoende leden van het systeem in crisis, vraagt creativiteit, doorzettingsvermogen en flexibiliteit van de therapeut. Strakke schema's over de

manier waarop OVS uitgevoerd moéten worden, zijn dan ook niet goed mogelijk, ook niet wenselijk. Wel kunnen op grond van een 10-jarige ervaring ermee aanbevelingen worden gedaan over een mogelijke fasering van de aanpak:

1. De therapeut moet in de eerste plaats ervoor zorgen geaccepteerd te worden door de betrokken partijen. Empathie, erkenning van ieders goede bedoelingen en van het doorstane leed, een integere opstelling en het vermogen ruimte te geven voor het uiten van emoties werken hieraan mee.

2. Diagnostiek en taxatie beginnen vrijwel gelijktijdig met de acceptatiefase. Vooral de wijze van ieders reageren verschaft veel informatie. De psychische stoornissen, de lichamelijke conditie en de kans op organiciteit, het stadium van de crisis, crisogene momenten en precipiterende situaties, een analyse van het systeem, de gedragssequenties en de mate van gevaar worden ingeschat. Zodoende wordt informatie verkregen over de secundaire- en de primaire groep, over het individu en diens intrapsychische processen.

Dit is een dynamisch proces dat voortduurt tot het einde van de behandeling. Er is sprake van een circulair proces tussen diagnostiek/taxatie en de gepleegde interventies. De taxatie bepaalt de interventies, terwijl de manier waarop een ieder hierop reageert weer diagnostische informatie oplevert.

3. De eerste interventies zijn gericht op het wekken van positieve verwachtingen. Positief etiketteren en motiveren zijn hierbij effectief gebleken. Volgende interventies zijn meer afhankelijk van de specifieke situaties.

Adviezen geeft men beter pas nádat uitvoerig is ingegaan op eerdere, mogelijk mislukte pogingen om de problemen tot een oplossing te brengen.

Het stellen van en werken aan (snel) haalbare doelen is aan

te raden. Bij ernstige psychiatrische problemen zoals psychosen, anorexia nervosa, e.d. blijken medicatie en een paradoxale aanpak meestal noodzakelijk.

Het eerste contact wordt afgesloten met een behandelingscontract met concrete (desnoods minimale), afspraken over: het doel van de hulp, de respectieve verantwoordelijkheden, de opdrachten/adviezen en wat te doen bij onraad.

Wanneer OVS op deze manier worden toegepast door hierin getrainde en ervaren therapeuten dan blijken ze werkzaam, zelfs in situaties waarin de problemen als zo ernstig worden ervaren dat hiervoor om een onvrijwillige opname werd verzocht. Ook jongeren beneden de achttien jaar blijken ervoor toegankelijk zoals blijkt uit de casuïstiekbeschrijvingen in hoofdstuk drie. Deze tonen eveneens aan dat OVS geen wondermiddel is dat gegarandeerd beschermt tegen een opname.

Het landelijk opnamepromillage van patiënten in de leeftijd van 18 tot 65 jaar die werden opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische universiteitsklinieken en rijkspsychiatrische inrichtingen is tijdens de periode van onderzoek (1970 t/m 1978) toegenomen met 34%. In de gebieden waarin OVS vanaf 1973 op systematische wijze zijn toegepast, is dit opnamepromillage niet toegenomen. Hoewel het opnamepromillage evenmin is gestegen in een controlegebied, is de toename van het trendverschil tussen het land en de 'OVS-gebieden' nagenoeg dubbel zo groot als dat tussen het land en dit controlegebied. Het gelijkblijvende opnamepromillage van het controlegebied wordt voornamelijk bepaald door een daling in 1978. Hoewel onbewezen, lijkt het niet onwaarschijnlijk dat diffusie van de beschreven technieken is opgetreden vanuit de 'OVS-gebieden' naar het hieraan grenzende controlegebied.

Het betreft namelijk aangrenzende gebieden met SPD-teams onder één centrale directie, waarbij consulten werden gegeven door de 'OVS-teams' in het controlegebied; Mevrouw Peters uit hfdst. 3d is hiervan een voorbeeld.

De 'minder-opname' in de OVS-gebieden lijkt derhalve goed te verklaren uit de beschreven Opname Voorkomende Strategieën.

Het gebruik van OVS heeft in de desbetreffende gebieden niet geleid tot een toename van het aantal opnamen via andere opnamekanalen. Integendeel: de landelijk optredende stijging van het aantal opnamen via huisartsen en via de poli-APZ treedt hier niet op. Mogelijk worden huisartsen voldoende gesteund door de geboden alternatieven voor een opname.

Het (doen) opnemen van OVS als methodiek binnen het takenpakket van de 7x24-uursbereikbaarheidsdiensten verdient aanbeveling. Training van medewerkers in en supervisie over de verschillende elementen ervan is hiervoor nodig, het bieden van financiële mogelijkheden hiertoe door de overheid is hiervoor een logische voorwaarde. Waar ervaring met en deskundigheid in deze technieken nog niet algemeen verbreid is in de Nederlandse GGZ-voorzieningen geef ik de voorkeur aan een gecentraliseerde opzet van training en supervisie.

Het opnamepromillage in de 'OVS-gebieden' ligt beduidend lager dan het landelijke. Uitgaande van vergelijkbare promillages PAAZ-opnamen in de verschillende gebieden zouden OVS, wanneer dit verschil in opnamepromillages zou worden vermenigvuldigd met de dagverpleegprijs van een APZ, een immense besparing opleveren. Voor de gezondheidsregio Dordrecht (+ 360.000 inwoners) waarop het onderzoek zich heeft gericht, kan dit meerdere miljoenen guldens per jaar bedragen. Een bedrag dat nog sprekender wordt wanneer men

bedenkt dat deze kostenbesparende alternatieven voor opname in het APZ gerealiseerd konden worden in een regio waarin tijdens de periode van onderzoek tekorten bestonden op nagenoeg alle terreinen van de GGZ. OVS zouden 'consument-vriendelijk' én 'overheidsvriendelijk' genoemd mogen worden. Ze leveren bouwstenen voor het realiseren van de gewenste verschuiving van hulp vanuit de derde naar de eerste lijn. Zo zou herinvestering van een deel der door de OVS bespaarde gelden kunnen bijdragen aan de versterking van de AGGZ.

Door een lager opnamepromillage wordt de werkdruk van de intramurale GGZ verminderd. Dit laten resulteren in een verbetering van het intramurale pakket van hulpverlening dan wel via een herallocatie van arbeidsplaatsen in een versterking van de AGGZ is een politieke keuze die niet hoeft te worden vertraagd met excuses over geldgebrek.

De beslissing tot opneming in en de keuze van de meest geschikte psychiatrische setting daarvoor is een specialistische handeling geworden. Specialistische kennis van en ervaring met ernstige psychiatrische beelden en hun behandeling mag men niet verwachten van de eerste lijns gezondheidszorg. De derde lijns GGZ-instellingen ontberen voldoende informatie over de lokale situatie van de patiënt in diens milieu. De beslissing tot een psychiatrische opname kan beter worden genomen in de tweede lijns psychiatrie. Binnen dit echelon is de Sociale Psychiatrie hiervoor de eerst aangewezen werksoort vanwege: ervaring, parate kennis van de sociale kaart, een takenpakket dat behandeling aan huis omvat en een budgetfinanciering die intensieve en langdurige contacten met het sociale netwerk mogelijk maakt. Op de RIAGG's rust de taak om bedrijfsstructuren te creëren die deze taak in toenemende mate uitvoerbaar maken. Het 'vuile' werk zal in ere moeten worden hersteld en

prioriteit moeten krijgen. De sociale psychiatrie zal, middels een netwerk van contacten in de nulde en de eerste lijn, een voorhoederol moeten gaan vervullen in de vroegtijdige herkenning van psychiatrisch lijden, maar ook een voorhoede rol binnen de RIAGG-en zelf. De sociaal psychiater dient in het eerste stadium in diagnostiek, taxatie en indicatiestelling betrokken te zijn.

De ontwikkeling van de jaren zeventig om in toenemende mate op te nemen buiten de tweede lijns psychiatrie om, acht ik een slechte.

Een onvrijwillige opname is een cumulatie van onmacht. De gevalsbeschrijvingen (hfdst. 3.2) laten zien dat OVS slechts ten dele hiervoor een oplossing bieden. Toch blijkt in een niet onaanzienlijk aantal gevallen een zo ingrijpende maatregel als dwangopname erdoor afgewend te kunnen worden.

Hulpverleners en met name de psychiater bevinden zich in een spanningsveld van soms tegengestelde belangen zoals het recht op hulp van de patiënt versus diens rechtszekerheid of de bescherming van het individu versus die van de gemeenschap.

Het begrip krankzinnigheid dat wordt gebruikt in de KZ-wet van 1884 biedt naar de huidige maatschappelijke normen te weinig rechtszekerheid aan de psychiatrische patiënt. In het nieuwe wetsvoorstel BOPZ wordt het zwaartepunt voornamelijk om deze reden verlegd van het 'bestwil-principe' naar het 'gevaarscriterium'. Het dilemma zal hierdoor echter niet verminderen. Het eerste discutabele criterium van krankzinnigheid wordt in serie geschakeld met een tweede even weinig eenduidig criterium als dat van het gevaar. De rechtszekerheid van de patiënt kan hierdoor mogelijkwijze, maar niet noodzakelijkerwijze, verminderen.



De mogelijkheid tot eliminatie van maatschappelijk deviant gedrag via misbruik van de BOPZ is, zoals beschreven in 3.2, niet afgenomen door de toevoeging van het gevaarsprincipe. De mogelijkheid tot hulp aan niet gevaarlijke, ernstig gehandicapte patiënten in psychiatrische zin is dit wel. Een beter evenwicht tussen 'bestwil' en 'rechtsbescherming' dan de BOPZ biedt, heeft mijn voorkeur. Toevoeging aan de KZ- wet van het recht van beroep, de toewijzing van een raadsman aan de patiënt, verplicht (terugkerend) overleg tussen de betrokkene, diens raadsman, de hulpverleners en justitie ter evaluatie van een in gedragstermen omschreven behandelingsdoel aan de hand van verbeteringscriteria en criteria voor ontslag zouden stappen in de goede richting kunnen zijn. Longitudinale studies naar de invloed van onvrijwillige opneming in een APZ op de levensloop van de betrokkene en op het gevaar dat hij veroorzaakt, mag, ongeacht de wetsformulering die wordt gekozen, niet langer worden uitgesteld.

De psychiater kan zich het beste beperken tot het gebied waarop hij deskundig is. Onderzoek van en prognosestelling ten aanzien van gevaarlijk gedrag kan hij beter overlaten aan terzake deskundigen. Algehele terugtrekking door psychiaters uit de indicatiestelling voor een onvrijwillige opname en verschuiving hiervan naar bijvoorbeeld justitie acht ik niet gewenst: hiervan is een toename te verwachten van het aantal onvrijwillige opnamen, het neemt bovendien aan de patiënt diens kans op OVS.

Niet alleen de opname maar ook het ontslag uit een psychiatrische setting is een dermate ingrijpende gebeurtenis dat een goede begeleiding hierbij gewenst is. De term 'nazorg' wordt hiervoor reeds decennia gebruikt. Door veranderde opnamecriteria en toename van het arsenaal van

behandelingsmethoden wordt, meer dan in het verleden, een meer heterogene populatie ontslagen met een grote diversiteit aan klachten en problemen. De term 'nazorg' is mede hierdoor ongeschikt geworden om de nuancering van het hulpaanbod-na-opname, dat hiervoor nodig is, te beschrijven. Bovendien kleven er te veel negatieve verwachtingen aan dit begrip.

Er is behoefte aan een planmatige aanpak met concrete afspraken over doelstelling, methoden van behandeling en tijdsduur die bij voorkeur wordt gestart uiterlijk op het moment dat de indicatie tot psychiatrische opname is gesteld. Regelmatige evaluatie hiervan door patiënt, diens sociale systeem en de intra- en extramurale hulpverleners kan leiden tot een doelmatiger manier van hulpverlening.

Continuïteit van hulp wordt het meest gegarandeerd wanneer patiëntenbelangen prevaleren boven instellingsbelangen, wanneer de hulpverlening pragmatischer wordt en minder dogmatisch. Hulp-na-opname kan het beste worden gedelegeerd naar de instelling/persoon die het vereiste pakket kan bieden. Naarmate dit proces over meer schijven loopt, is de kans op mislukken groter. Het is belangrijker dát, waar nodig, hulp aan huis wordt geboden, dan door wie deze hulp wordt geboden. Het takenpakket van de RIAGG maakt deze instelling voor deze vorm van hulpverlening uitermate geschikt. Voorwaarde hiervoor is wel dat binnen de RIAGG de sociale psychiatrie duidelijk herkenbaar blijft/wordt uit attitude, aanpak, outreaching activiteiten en de rol van de psychiater in het proces van hulpverlening. De beleidsstructuur van de RIAGG zal dan betere garanties moeten bieden dan, blijkens de literatuur, de tweede lijns AGGZ in de jaren zeventig heeft geboden aan juist die populatie die van oudsher tot de SPD werd gerekend. Controle hierop door bijvoorbeeld de geneeskundige inspectie acht ik wenselijk. Controle en sturing middels

het financieringssysteem is eveneens mogelijk. De huidige situatie met een dubbel financieringssysteem werkt verwarrend en is niet in het belang van de patiënt. Ofwel men kiest voor een budgetfinanciering voor daarvoor aangewezen instellingen die men controleert op de uitvoering van deze taak, dan wel men kiest voor een verrichtingensysteem en betaalt loon naar werken. Elders hebben Jenner & Frets (1980, 1981) de budgetfinanciering bepleit voor juist de arbeidsintensieve taken waartoe huisbezoek, overleg met het sociale netwerk en de OVS gerekend kunnen worden.

Dit onderzoek is gegroeid vanuit de praktijk van de hulpverlening. In de inleiding is ingegaan op de beperkingen die hiervan het gevolg zijn. Tevens is hier uitgewerkt waarom de gevonden gegevens in principe overdraagbaar zijn naar een andere werksetting.

Tot slot spreek ik de hoop uit dat de resultaten weer zullen terugvloeien naar het praktijkveld. De beschreven technieken hebben namelijk bewezen consumentvriendelijk te zijn en zullen naar mijn verwachting vernieuwend kunnen werken op de hulpverlening aan de ernstig psychisch gestoorden. In deze studie kan weliswaar niet van een bewijs worden gesproken wat betreft het effect van OVS op het voorkomen van opnamen van psychiatrische patiënten. Daarvoor is een prospectief experimenteel onderzoek nodig waarbij OVS 'at random' worden toegepast. Toch meen ik dat er in deze studie aanwijzingen zijn gevonden dat OVS in de werkgebieden invloed hebben gehad op het opnamepatroon aldaar en wel in de, met OVS, beoogde richting. Dit geldt met name voor de trendverandering vanaf 1974 bij een gelijkblijvend patroon van voorzieningen tot in 1977.



## Summary: Practical applications of admission prevention strategies in community mental health

An admission to a psychiatric hospital is an action which solves some problems, but can give rise to others with far-reaching negative consequences for the future well-being of the patient and his or her family.

There is no precise definition of an "admission syndrome", nor objective and transferable parameters for disturbed behavior. In addition to the patient-related factors, the previous education of the staff, their personalities, their attitudes towards people, their experience, their psychological capabilities and the time at which a patient is requested to be admitted play an important role.

A literature survey has been made covering investigations of the influence of the duration of psychiatric treatment on the recovery of the patient. Long term admissions usually give no better results than short term admissions. Patients and their families are more satisfied with outpatient crisis treatment than with a psychiatric admission. The results of outpatient treatments, viewed statistically, are equivalent to those of admissions. The problems which are experienced by members of the families of psychiatric patients are not reduced by admissions.

Based on the results of these investigations, Admission Prevention Strategies (APS) have been developed since 1974, and systematically applied in two regions. Important elements of these strategies are:

- a 'community mental health' attitude
- perseverance
- creativity
- psychotherapeutic capabilities
- knowledge of, and experience in, psychiatry.

The application of these strategies is described in this investigation.

In this study, the channels via which patients in The Netherlands have been admitted to psychiatric hospitals, university psychiatric clinics and state psychiatric institutions during the period 1970 up to and including 1978 have been investigated. Using regression analysis, checks have been carried out to determine whether there are differences between admission trends in the two regions investigated and the national trend.

Admissions per 1000 patients in the two regions studied are significantly lower than the national figure. This difference has increased in the course of time. Comments are given on the results found.

## Geraadpleegde literatuur

- Ackerly, W.C. (1967), Latency Age Children Who Threaten or Attempt to Kill Themselves. *J. Amer. Acad. Child Psychiatry*, 6 : 242-261.
- Affleck, G.G., M.A. Pezke & R.M. Wintrob (1978), Psychiatrist's Familiarity with Legal Status Governing Emergency Involuntary Hospitalization. *Amer. J. Psychiatry*, 135, 2 : 205-209.
- Aguilera, D.C., J.M. Messick & M.S. Farrell (1970), Crisis Intervention: Theory and Methodology. The C.V. Mosby Co., St. Louis.
- Alternatieven voor het psychiatrisch ziekenhuis (1980), Nationale Vereniging Geestelijke Volksgezondheid, Gent.
- Appelbaum, P.S. & T.G. Gutheil (1979), Rotting With Their Right on: Constitutional Theory and Clinical Reality in Drug Refusal by Psychiatric Patients. *Bull. Amer. Acad. Psychiatry & Law*, 7, 3 : 308-317.
- Attkinson, R.M. (1975), Current and Emerging Models of Residential Psychiatric Treatment with Special Reference to the Californian situation. *Amer. J. Psychiatry*, 132 : 391-396.
- Azrin, N.H., B.J. Master & R. Jones (1973), Reciprocity Counseling: A rapid learning-based procedure for marital counseling. *Behav. Res. & Therapy*, vol. 11 : 365-382.
- Back-Y-Rita, B., J.R. Lion, C.E. Clement & F.R. Ervin (1971), Episodic Dyscontrol: a Study of 130 violent patients. *Amer. J. Psychiatry*, 127, 11 : 1473-1478.
- Bakker, J.B. (1979), Wat is erger: ten onrechte opnemen of ten onrechte niet opnemen? *Tijdschr. v. Psychiatrie*, 11-12 : 661-666.
- Baldwin, B.A. (1977), Crisisintervention in Professional Practice: Implications for Clinical Training. *Amer. J. Orthopsychiatry*, 47, 4 : 659-671.
- Bancroft, J. & P. Marsack (1977), The Repetitiveness of Self-poisoning and Self-injury. *British J. Psychiatry*, 131 : 394-399.
- Bandura, A. (1969), Principles of Behavior Modification. Holt, Rinehart & Winston, Nw. York.
- Basaglia, Fr. (1980), krisisinterventie als alternatief voor het psychiatrisch ziekenhuis. In: Alternatieven voor het Psychiatrisch Ziekenhuis. Nationale Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg, v.z.w., Gent.
- Bassuck, E.L. & S. Gerson (1978), Deinstitutionalization and Mental Health Service. *Scientific American*, 238 : 46-53.
- Bateson, G., D.D. Jackson, J. Haley & J.H. Weakland (1956), Toward a Theory of Schizophrenia. *Behav. Sciences*, 1 : 251-264; Nederl. vertaling: (1975), Een bijdrage tot de Schizofrenie. In: Communicatie, gezin en huwelijk (red. D.D. Jackson). Alpha-boek, Den Haag.
- Becker, W. (1976), Seelsorge Ausbildung, Göttingen.
- Beek, van der, J.L.M. (1980), Psychiater en RIAGG. *Medisch Contact*, 35, 2 : 60-65.
- Beenackers, A.A.J.M. (1976), Evaluatie Crisiscentrum Overvecht, dln. I, II en Supplement. Preventiefonds, 's-Gravenhage.

- Beenackers, A.A.J.M. (1977), Evaluatie Crisiscentrum Overvecht, Rapport II: Evaluatieplan. Researchteam Crisiscentrum Amsterdam, Amsterdam.
- Beenackers, A.A.J.M. (1979), De crisiscentra van Overvecht en Utrecht. Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 34 : 124-131.
- Beenackers, A.A.J.M. (1982), Discriminerende hulpverlening: een voorkeur voor relatieproblemen. Tijdschr. v. Psychiatrie, 24, 1 : 36-49.
- Beenackers, A.A.J.M. & M.C.H. Donker (1981), Evaluatie Crisiscentrum Utrecht, Rapport V; Eindevaluatie. Onderzoeksgroep Crisiscentrum Utrecht, Utrecht.
- Behrman, S. (1972), Mutism induced by Phenothiazines. British J. Psychiatry, 121 : 599-604.
- Bender, L. (1953), Aggression, Hostility and Anxiety in Children. Thomas Springfield, Illinois.
- Berg, van den J.H. (1958), Psychologie en Geloof, Nijkerk.
- Bergman, J. (1983), Therapie resistente patiënten en hun systeem, Workshop. Kathol. Hogeschool, Tilburg.
- Beyaert, F.H.L. (1980), Redactioneel. Tijdschr. v. Psychiatrie, 21, 10 : 547-548.
- Bonovitz, J.C. & E.B. Guy (1979), Impact of Restrictive Civil Commitment Procedures on a Prison. Psychiatric Services. Amer. J. Psychiatry, 136 : 1045-1048.
- Bosch, van den, R.J. (1980), Integrale psychische hulpverlening. Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 35, 9 : 791-798.
- Bosch, van den, R.J. (1981), Samenwerking in de GGZ: wat gaat de psychiatrische polikliniek doen? Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 36, 9 : 794-804.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1980), Trust-based Therapy: A Contextual Approach. Amer. J. Psychiatry, 137, 7 : 767-775.
- Brown, G.W., J.L.T. Birley & J.K. Wing (1972), Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. British J. Psychiatry, 121 : 241-258.
- Bruyn, de, A.J. (1973), Bewerking van de krankzinnigenwet. Tjeenk-Willink, Zwolle.
- Bürgin, D. (1977), Wie denkt das Kind über den Tod? Schweiz. Med. Wochenschrift 107 : 221-205.
- Caffey, E.M., Ch.R. Galbrecht, C.J. Klett & P. Point (1971), Brief Hospitalization and Aftercare in the Treatment of Schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry, Vol. 24 : 81-87.
- Cairns, H. et al. (1963), Brain, 64 : 273, e.v.
- Cameron, N. (1969), Personality Development and Psychopathology, Vakils, Feffer & Simons Private Ltd., Bombay.
- Caplan, G. (1961-a), An Approach to Community Mental Health. Tavistock, London.
- Caplan, G. (1961-b en 1964, sec.ed.), Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books, Nw. York.
- Caplan, G. (1974), 'Foreword'. In: The First Year of Bereavement (eds. 1. D. Glick, R.S. Weiss & M. Parks). Wiley, Nw. York.
- Carlson, G.A. & D.P. Cantwell (1980), Unmasking Masked Depression in Children and Adolescents. Amer. J. Psychiatry, 137, 4 : 445-449.



- Climment, C.E. & F.R. Ervin (1972), Historical Data in the Evaluation of Violent Subjects. *Arch. Gen. Psychiatry*, 27 : 621-624.
- Cocozza, J.J. & H.J. Steadman (1976), The Failure of the Psychiatric Predictions of Dangerousness: A clear and convincing evidence. *Rutgers Law Review*, 29 : 1048-1101.
- Cohen Stuart, H.M. (1982), Wet BOPZ zonder psychiater? Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen blijven regelen via de oude krankzinnigenwet. *Medisch Contact*, 37 : 565-567.
- Cohen Stuart, H.M. (1983), Psychiatrische hulp in juridisch dwangjak. *Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde*, 127, 52 : 2384-2385.
- Colaço Belmonte, J.A.F. (1979), Lof der sociale psychiatrie. *Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid*, 34, 12 : 854-860.
- Coleman, J.C. (1970), *Abnormal Psychology and Modern Life*. Taraporevala Sons & Co Private Ltd., Bombay.
- Cooper, D. (1968), 'The Antihospital': An Experiment in Psychiatry. In: *Radical Perspectives in Social Problems* (edit. F. Lindenfeld). Nw. York, London.
- Cooper, D. (1970), *Psychiatry and Antipsychiatry*. Paladin Works, London.
- Creer, C. & J.K. Wing (1979), Het dagelijks leven met schizofrene patiënten. In: *Keerzijde van de schizofrenie: ervaringen van patiënten en hun omgeving* (red. H. Katznig). Samson, Alphen a/d Rijn.
- Damsté, P.H. (1979), Stembandkramp. *Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde*, 122, 36 : 1313-1315.
- Decker, J.B. & J.M. Stubbelebine (1972), Crisisintervention and Prevention of Psychiatric Disability: A follow-up study. *Amer. J. Psychiatry*, 129, 6 : 101-105.
- Dershowitz, A.M. (1970), The Law of Dangerousness: Some fictions about predictions. *J. of Legal Education*, 23 : 24-26.
- Despert, F.L. (1952), Suicide and Depression in Children. *New Child*, 9 : 378-389.
- Diekstra, R.W.F. (1976), R.E.T., een inleidend overzicht met therapeutisch studiemateriaal. Swets, Amsterdam.
- Diekstra, R.W.F. (1981-a), Over suicide: zelfdestructie, zelfbehoud en hulpverlening. Samson, Alphen a/d Rijn/Brussel.
- Diekstra, R.W.F. (1981-b), Suicidal Behaviour Among Adolescents. Abstracts Boerhaave Course, 77-86.
- Donker, M.C.H. (1982), Verslag van het symposium 7x24-uurshulpverlening. Crisiscentrum Utrecht, Utrecht.
- DSM-III (1980), American Psychiatric Association; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition. Washington D.C., APA.
- Dijck, van, R. (1973-a), De toepassing van communicatietheorie en systeemtheorie in de psychiatrie dl. I. *Tijdschr. v. Psychiatrie*, 14 : 422-432.
- Dijck, van R. (1973-b), De toepassing van communicatietheorie en systeemtheorie dl. II-a. *Tijdschr. v. Psychiatrie*, 15 : 521-531.
- Dijck, van, R. (1974), De toepassing van communicatietheorie en systeemtheorie dl. II-b. *Tijdschr. v. Psychiatrie*, 16 : 18-36.

- Dijck, van, R. (1977), Vormen van directieve therapie bij echtparen en gezinnen. In: Directieve therapie (red. K. van der Velden). Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Dijck, van, R., O. van der Hart & K. van der Velden (1980), Over imaginatie en metaforen. In: Directieve therapie 2 (red. K. van der Velden). Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Dijck, van, R. & K. Hoogduin (1977), Het voorkómen van uitzichtloze therapeutische relaties. In: Directieve therapie (red. K. van der Velden). Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Dijck, van, R. & H. van der Ploeg (1976-a), Patiënten en hun partners: psychologisch onderzoek bij echtparen op een psychiatrische polikliniek, deel I: De besmettingstheorie. Tijdschr. v. Psychiatrie, 18, 4 : 291-312.
- Dijck, van, R. & H. van der Ploeg (1976-b), Patiënten en hun partners: psychologisch onderzoek bij echtparen op een psychiatrische polikliniek, deel II: Voorstel tot een verklaringsmodel. Tijdschr. v. Psychiatrie, 18, 5 : 355-366.
- Dijk, van, W.L. (1974), Depressies, klinische beelden, etiologie en therapeutische aanpak. In: Stemming en Ontstemming (red. H.M. van Praag & H.G.M. Rooymans). Erven Bohn, Amsterdam.
- Eck, van, L.A.J.M. (1977), Dwangbehandeling en psychiatrie. Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 32, 4 : 114-119.
- Elders, R.J.M. (1977), Dwangbehandeling juridisch beschouwd. Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 32, 3 : 137-143.
- Elsenburg, A.E.A.M. (1979), Besluitvorming bij psychiatrische consulten op een eerste hulppost. Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 34, 10 : 629-645.
- Elsenburg, F. (1979), Crisistheorie en psychiatrische hulpverlening op een Eerste Hulp-post. Tijdschr. v. Psychiatrie, 21, 4 : 209-221.
- Endicott, J., M.I. Herz & M. Gibbon (1978), Brief versus Standard Hospitalization: the differential costs. Amer. J. Psychiatry, 135 : 707-712.
- Endicott, J., J. Cohen & J. Mc.Nee (1979), Brief versus Standard Hospitalization: for whom? Arch. Gen. Psychiatry, 37 : 706-712.
- Erikson, E.H. (1968), Identiteit, jeugd en crisis. Aula, Utrecht.
- Esch, van der, P. (1971), De krankzinnigenwet. Tijdschr. v. Soc. Geneeskunde, 49, 21 : 768-775.
- Eynde, van, I.E.I.M. (1978), Enkele nieuwe woonvormen voor psychiatrische patiënten. Tijdschr. v. Psychiatrie, 20, 2 : 79-94.
- Eynde, van, I.E.I.M. (1983), Aspecten van de sociotherapeutische 'leefgroep' in het psychiatrisch ziekenhuis.
- Eynde, van, I.E.I.M. (1984), Een huis in de stad. Tijdschr. v. Psychiatrie, 26, 2 : 128-146.
- Fagin, A. (1976), The Policy Implications of Predictive Decision Making: "Likelihood" and "Dangerousness" in Civil Commitment Proceedings. Public Policy, 24 : 491-528.
- Ferreira, R.J. (1959), Psychotherapy with Severely Regressed Schizophrenics. Psychiatric Quarterly, 33 : 663-682.
- Festinger, L. & D. Katz (1966), Research Methods in the Behavioral Sciences. Holt, Rinehart & Winston, Nw. York.

- Ficker, J. (1972), Depressive States and Suicidal Thoughts in Children. In: Depressive States in Childhood and Adolescence (edit. A.L. Ansell). 4th U.E.P. Congress. Stockholm/Almqvist & Wicksell, 326-328.
- Foudraïne, J. (1971), Wie is van hout? een gang door de psychiatrie, 6de druk. Ambo, Bilthoven.
- Frankenberg, W. (1974), Depressie in de huisartsenpraktijk. In: Stemming en Ontstemming (red. H.M. van Praag & H.G.M. Rooymans). Ervan Bohn, Amsterdam.
- Frankl, L. (1968), Preventive Restraints of Just Compensation: toward a sanction law of the future. Yale Law J., 78 : 229-242.
- French, A.F. & M.S. Steward (1975), Family Dynamics, Childhood Depression and Attempted Suicide in a Seven Year Old Boy. Suicide, 5 : 29-37.
- Frets, F.W. (1975), Heeft de Rechter zin? Aantekeningen bij de zgn. 'zinloosheidsverklaring' (KZ-wet art. 17, 3e lid). Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 30, 2 : 65-70.
- Frets, F.W. (1977), Zorgen van een nazorger. Interne Publicatie. Stichting Geestelijke Gezondheidszorg, Zoetermeer.
- Geerlings, P.J. (1977), Gedwongen Opname: een recht op intensieve behandeling. Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 32, 3 : 110-113.
- Gent, van, H. (1980), Electief mutisme: een schoolvoorbeeld?! Bulletin, 7, 67 : 3-17.
- Gersons, B.P.R. (1977), De konsultatiemethode in de preventieve psychiatrie. Samsons Culturele Reeks, Samson, Alphen a/d Rijn.
- Gersons, B.P.R. (1981), Over crisistheorie, rouw en rolverandering: het transitionele proces in de ondersteuningsgroep. Tijdschr. v. Psychiatrie, 23, 7-8 : 430-453.
- Gersons, B.P.R. (1982), Het lot van de chronische psychiatrische patiënt in de Verenigde Staten. Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 37, 10 : 1023-1036.
- Giel, R. (1973), Over de opname van psychiatrische patiënten. Tijdschr. v. Psychiatrie, 15, 3 : 110-124.
- Giel, R. (1979), De keerzijde van het therapeutisch klimaat. Paradoxen in de inrichtingspsychiatrie. Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 34, 10 : 604-617.
- Giel, R. (1981), Vrije vogels of vogelvrij? Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 36 : 956-969.
- Giel, R. (1984), Onze moeite met moeilijke mensen. Tijdschr. v. Psychiatrie, 26, 4 : 244-262.
- Ginneken, van, P. (1981), Het gevecht buiten de muren: wie krijgt de leuke cliënt? Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 36, 5 : 443-447.
- Giovanni, J. & L. Gurel (1967), Socially Disruptive Behavior of Ex-Mental Patients. Arch. Gen. Psychiatry, 17 : 146-153.
- Glaser, K. (1965), Attempted Suicide in Children and Adolescents. Amer. J. Psychotherapy, 19 : 220-227.
- Glick, I.D., W.A. Hargreaves & M.D. Goldfield (1974-a), Short versus Long Hospitalization. A Prospective Controlled Study; I: The preliminary results of a one-year follow-up of schizophrenics. Arch. Gen. Psychiatry, Vol. 30 : 363-369.

- Glick, I.D., W.A. Hargreaves, M. Raskin & S.J. Kutner (1974-b), Short versus Long Hospitalization. A Prospective Controlled Study, II: Results of schizophrenic in-patients. *Amer. J. Psychiatry*, 132, 4 : 385-389.
- Glick, I.D., W.A. Hargreaves, J. Drues & J.A. Showstack (1976-a), Short versus Long Hospitalization. A Prospective Controlled Study, III: In-patient results for non-schizophrenics. *Arch. Gen. Psychiatry*, Vol. 33 : 78-82.
- Glick, I.D., W.A. Hargreaves, J. Drues & J.A. Showstack (1976-b), Short versus Long Hospitalization. A Prospective Controlled Study, IV: One-year follow-up results for schizophrenic patients. *Amer. J. Psychiatry*, 133, 5 : 509-514.
- Glick, I.D., W.A. Hargreaves, J. Drues & J.A. Showstack (1976-c), Short versus Long Hospitalization. A Prospective Controlled Study, V: One-year follow-up results for non-schizophrenic patients. *Amer. J. Psychiatry*, 133, 5 : 515-517.
- Goffman, E. (1957), On Some Convergencies of Sociology and Psychiatry. *Psychiatry*, 20 : 199-203.
- Goffman, E. (1959), The Moral Career of the Mental Patient. *Psychiatry*, 22, 2 : 130-155.
- Goffman, E. (1961), *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City, Doubleday Anchor, N.Y.
- Goffman, E. (1963), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, N.Y.
- Goothill, K.L., T.W. Harding, H. Adserballe, et al. (1981), Compulsory Admissions of Discharged Patients and the General Population. *Amer. J. Psychiatry*, 121 : 776-783.
- Gould, R.E. (1965), Suicide Problems in Children and Adolescents. *Amer. J. Psychotherapy*, 19 : 228-246.
- Graaf, de, A.C. & R.F.W. Diekstra (1980), Opnemingen in algemene ziekenhuizen in de periode 1970-1976. *Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde*, 124, 5 : 149-153.
- Greenblatt, M. & E. Glazier (1975), The Phazing-out of Mental Hospitals in the United States. *Amer. J. Psychiatry*, 132 : 1135-1140.
- Groot, de, A.D. (1969), *Methodology Foundations of Inference and Research in the Behavioral Sciences*. Mouton, The Hague/Paris.
- Gruenberg, E.M. (1967), The Social Breakdown Syndrome-Some Origins. *Amer. J. Psychiatry*, 123, 12 : 1481-1489.
- Haan, de, F. (1980), GGZ in getallen. *NcGv-reeks nr. 40*. Utrecht.
- Haley, J. (1959), The Family of the Schizophrenic: a Model System. *J. Nervous and Mental Diseases*, 129 : 357-374.
- Haley, J. (1963), *Strategies of Psychotherapy*. Grune & Stratton, Nw. York.
- Haley, J. (1975), Een interactionele beschrijving van schizofrenie. In: *Gezin, communicatie en huwelijk* (red. D.D. Jackson). Alpha-boek, Den Haag.
- Haley, J. (1982), *Weg van Thuis*. Infopers, Meppel.
- Halpern, H.A. (1973), Crisis theory: a definitional study. *Community Mental Health J.*, 9, 4 : 342-349.
- Halpern, H.A. (1975), The Crisis scale: a factoranalysis and revision. *Community Mental Health J.*, 11, 3 : 295-300.

- Halpern, H.A., J.R. Canale, B.L. Gant & Ch. Bellamy (1979), A systems-crisis Approach to Family Treatment. J. Marital and Family Therapy, april : 87-95.
- Harding, G.T. (1972), Examples in Literature of Suicide Among Teen-agers with Psychiatric Comments. In: Depressive States in Childhood and Adolescence (edit. A.L. Annell). 4th U.E.P. Congress. Almquist & Wiksell, Stockholm 340-348.
- Hargreaves, W.A., et al. (1977), Short versus Long Hospitalization. A Prospective Controlled Study, VI: Two-Year Follow-up results for schizofrenics. Arch. Gen. Psychiatry, Vol. 34 : 305-311.
- Hart, van der, O. (1978), Overgang en Bestendiging. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Haveman, M.J. (1980-a), De frequent opgenomen psychiatrische patiënt - draait de draaideur selektief?, I: Mededelingen uit het centrale patiëntenregister. Tijdschr. v. Psychiatrie, 22, 3 : 199-208.
- Haveman, M.J. (1980-b), De frequent opgenomen psychiatrische patiënt - draait de draaideur selektief?, II. Tijdschr. v. Psychiatrie, 22, 4 : 267-277.
- Haveman, M.J. (1980-c), Nieuwe langblijvers in de psychiatrische ziekenhuizen. Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 35, 8 : 642-654.
- Haveman, M.J. (1982), De ontvolking van de psychiatrische staatsziekenhuizen. Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 37, 3 : 258-279.
- Heerma van Voss, J. (1980), Querido over het ontstaan van de sociale psychiatrie in Nederland. Vrij Nederland, 6 december: 3-47.
- Heide, van der, T & F. van Ree (1982), Een 'demokratisch psychiatrisch' alternatief voor psychiatrische ziekenhuizen? Metamedica, 61, 12 : 338-350.
- Herz, M.I., J. Endicott & M. Gibbon (1979), Brief Hospitalization: Two-year follow-up. Arch. Gen. Psychiatry, 36 : 701-705.
- Herz, M.I., J. Endicott & R.L. Spitzer (1975), Brief Hospitalization of Patients With Families: Initial results. Amer. J. Psychiatry, 132 : 413-418.
- Herz, M.I., J. Endicott & R.L. Spitzer (1976), Brief versus Standard Hospitalization: The families. Amer. J. Psychiatry, 133 : 795-801.
- Herz, M.I., J. Endicott & R.L. Spitzer (1977), Brief Hospitalization: A two-year follow-up. Amer. J. Psychiatry, 134 : 502-507.
- Hiddema, F. (1979), De macht van de inrichtingen. Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 34, 3 : 227-231.
- Hill, M.J. & H.T. Blane (1967), Evaluation of Psychotherapy with alcoholics. Quart. J. Stud. Alc., 28 : 76-104.
- Hill, R. (1965), Generic Features of Families Under Stress. In: Crisis Intervention: Selected readings (ed. H.J. Parad). Family Service Assoc. of Amer., Nw. York.
- Hoeven, van der, H. (1930), Psychiatrie dl. 3. Brussel, Rotterdam.
- Hofstede, W.K.B. (1980), De empirische discussie. Theorie van het sociaal wetenschappelijk onderzoek. Boom, Meppel.
- Holmes, T.H. & R.H. Rahe (1964), The Social Readjustment Rating Scale. J. Psychosomatic Res., 11 : 213-218.

- Holinger, P.C. (1978), Adolescent Suicide: an Epidemiological study of recent trends. *Amer. J. Psychiatry*, 135 : 754-756.
- Holinger, P.C. (1979), Violent Deaths Among the Young: Recent trends in suicide, homicide and accidents. *Amer. J. Psychiatry*, 136, : 1144-1147.
- Hoofdakker, van den, R.H. (1978), Antipsychiatrie. *Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid*, 33, 10 : 672-683.
- Hoogduin, C.A.L. (1977), Strengere religieuze opvattingen en directieve therapie. In: *Directieve therapie* (red. K. van der Velden). Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, C.A.L. (1981), Over de behandeling van cliënten met dwanggedachten. *Kwartaalschrift voor Directieve therapie en hypnose*, 1, 2 : 124-135.
- Hoogduin, C.A.L. & R. van den Bosch (1978), Vermijding van opname. *Tijdschr. v. Psychiatrie*, 20, 4 : 258-266.
- Hoogduin, C.A.L. & T. Druif (1980), Directieve interventies bij de ambulante behandeling van psychosen. In: *Directieve therapie 2* (red. K. van der Velden). Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hoogduin, C.A.L. & E. den Haan (1979), Ambulante behandeling van ernstige psychiatrische patiënten. *Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid*, 34, 11 : 752-760.
- Höppener, A.P.J., J.A. Jenner & D.N. Oudshoorn (1983-a), De klinisch-psychiatrische voorzieningen binnen een gezondheidsregio. *Meta-medica*, 62, 2 : 85-100.
- Höppener, A.P.J., J.A. Jenner & D.N. Oudshoorn (1983-b), Naar een gedecentraliseerd psychiatrisch ziekenhuis? *Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid*, 38, 5 : 529-540.
- Horn, ten, G.H.M.M. (1976), Wat gebeurt er na een korte psychiatrische opname? *Tijdschr. v. Psychiatrie*, 18, 9 : 623-631.
- Horn, ten, G.H.M.M. (1979), Voorzorg, nazorg, geen zorg. De samenwerking tussen ambulante en klinische GGZ. *Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid*, 34, 11 : 669-672.
- Horn, ten, G.H.M.M. (1982-a), Nazorg geeft kopzorg. Een onderzoek met een register voor de geestelijke volksgezondheid. *Proefschrift*, Groningen.
- Horn, ten, G.H.M.M. (1982-b), Nazorg geeft kopzorg. *Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid*, 37, 12 : 1279-1295.
- Horn, ten, G.H.M.M. (1983), Antwoorden en reacties op: Nazorg geeft kopzorg. *Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid*, 38, nrs. 2, 3 en 4.
- Hout, van den, A.C. (1983), Ontslagen uit het psychiatrisch ziekenhuis. *Tijdschr. v. Psychiatrie*, 25, 2 : 97-114.
- Hovingh, M.H. (1979), Pedagogische Diagnostiek en Hulpverlening. Een beleidsinstrument vanuit theoretisch perspectief. *Proefschrift*, Groningen.
- Istha, E. (1977), Idealen en Realiteit van een Crisisinterventiecentrum. *Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid*, 32, 5 : 274-282.
- Jackson, D.D. (1963), A suggestion for the technical handling of paranoid patients. *Psychiatry*, 26 : 306-307.
- Jacobson, G.F. (1974), Emergency Services in Community Mental Health. *Amer. J. Public Health*, 64, 2 : 124-128.

- Jansen, I. (1981), Veelvuldig opgenomen psychiatrische patiënten: Verslag van een dossier-onderzoek. Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 36, 4 : 330-346.
- Jenner, J.A. (1973), Over dood en sterven: een boekbespreking. Nederl. Theol. Tijdschr., 27, 4 : 373.
- Jenner, J.A. (1976), Gesprächsanalysen: een boekbespreking. Nederl. Theol. Tijdschr., 30, 3 : 265.
- Jenner, J.A. (1978-a), Enkele Technieken bij Echtpaartherapieën. Delftschrift, 1, 4 : 41-50.
- Jenner, J.A. (1978-b), Psychogene Afonie. Delftschrift, 1, 5 : 24-33.
- Jenner, J.A. (1980), Paradoxe Kommunikatie door Godsdienstig Gedrag. Praktische Theologie, 7, 1 : 22-32.
- Jenner, J.A. (1981-a), Over Depressies. Huisarts & Wetenschap, 24, 469-472.
- Jenner, J.A. (1981-b), Religieuze Twijfel en Depressie. Praktische Theologie, 8, 4 : 261-267.
- Jenner, J.A. (1981-c), De beoordeling van literatuurgegevens over de behandeling van alcoholisme. Tijdschr. v. Psychiatrie, 23, 6 : 399-408.
- Jenner, J.A. (1982-a), Enkele Interventies bij Cliënten met Mutisme. Kwartaalschrift Directieve therapie en hypnose, 2, 3 : 212-233.
- Jenner, J.A. (1982-b), Het onderhandelingsbeleid bij psychofarmacotherapie. Tijdschr. v. Psychiatrie, 24, 7-8 : 517-518.
- Jenner, J.A. (1984-a), Suïcidaal gedrag bij kinderen en adolescenten. In: Directieve therapie bij kinderen en adolescenten (red. C.A.L. Hoogduin & E. den Haan). Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Jenner, J.A. (1984-b), Ontwerp van wet BOPZ: goede bedoelingen gebaseerd op een structurele fout. Medisch Contact, 39, 16 : 506-508.
- Jenner, J.A. (1984-c), Nazorg als wondermiddel. Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 39, 5 : 532-542.
- Jenner, J.A. & F.W. Frets (1980), Opname-vermijdingstechnieken: over het voeren van de discussie. Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 36, 3 : 233-237.
- Jenner, J.A. & F.W. Frets (1981), Opname in het Psychiatrisch Ziekenhuis en ambulante crisisinterventie. Tijdschr. v. Psychiatrie, 23, 10 : 577-590.
- Jenner, J.A. & H. Henneberg (1982), De ambulante behandeling van acute psychosen, geïllustreerd met een gevalsbeschrijving. Kwartaalschrift Directieve therapie en hypnose, 2, 1 : 52-66.
- Jenner, J.A. & M.M. Nagels (1983), De Opnamestroom naar het Psychiatrisch Ziekenhuis en de mogelijke invloed hierop van opnamevoorkomende strategieën. Publikatie nr. 50, Inst. voor Prev. & Soc. Psychiatrie, Erasmus Univ., Rotterdam.
- Jones, E.E., et al. (1972), Attribution, Perceiving the Causes of Behavior. Gen. Learning Press, Morristown. Nw. Jersey.
- Jong, de, A., R. Giel, G.H.M.M. ten Horn, C.J. Slooff & D. Wiersma (1983), Nazorg bij functionele niet-affectieve psychosen: ontwikkeling in de samenwerking binnen de GGZ. Tijdschr. v. Psychiatrie, 25, 6 : 422-440.
- Jong, de, S. (1979), Het Psychiatrisch Centrum: een utopie? Tijdschr. v. Psychiatrie, 21, 4 : 232-240.

- Kaplan, S.L. & Ph. Escoll (1973), Treatment of Two Silent Girls. *J. Amer. Acad. Child Psychiatry*, 12, 1 : 59-72.
- Kashani, J.H., A. Husain, W.O. Shekim, K.K. Hodges, L. Cytryn & D.H. Mc Knew (1981), Current Perspectives on Childhood Depression: an Overview. *Amer. J. Psychiatry*, 138, 2 : 143-153.
- Kass, F., T.B. Karasu & T. Walsh (1979), Emergency Room Patients in Concurrent Therapy: A neglected clinical phenomenon. *Amer. J. Psychiatry*, 136, 1 : 91-92.
- Kehrer, H.E. & N. Tinkl-Damhorst (1974), Verhaltenstherapie beim elektivem Mutismus. *Acta Paedopsychiatrica*, 41 : 34-44.
- Kolb, L.C. (1970), *Noyes' Modern Clinical Psychiatry*. Oxford & I.B.H. Publishing Co., Calcutta.
- Koningsveld, H. (1976), Het verschijnsel wetenschap. Een inleiding tot de wetenschapsfilosofie. Meppel.
- Koski, M.L. (1972), The Suicidal Behaviour of Young Adolescents. In: *Depressive States in Childhood and Adolescence* (ed. A.L. Ansell). 4th U.E.P. Congress. Almqvist & Wiksell, Stockholm, 329-334.
- Kovacs, M. & A.T. Beck (1977), An Empirical-Clinical Approach Toward a Definition of Childhood Depression. In: *Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models* (eds. J.G. Schulterbrandt & A. Raskin). Raven Press, Nw. York.
- Kozol, H.L., R.J. Boucher & R.F. Garofalo (1972), The Diagnosis and Treatment of Dangerousness. *Crime and Delinquency*, 18, 4 : 371-392.
- Kretschmer, E. (1940), Das Apallitische Syndrom. *Zeitschr. für die gesamte Neurologie & Psychiatrie*, 169 Band (hrsg.). Berlin, 567-579.
- Krul-Stekettee, J. & M. Zeegers (1983), De vele fouten in de wet op de gedwongen psychiatrische opname. *Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde*, 127, 52 : 2385-2386.
- Kruyne, T. (1977), *De pastor en zijn identiteit in het geding*. Proefschrift, Groningen.
- Kumasaka, Y., J. Stokes & R.K. Gupta (1972), Criteria for Involuntary Hospitalization. *Arch. Gen. Psychiatry*, 26 : 399-404.
- Laing, R.D. (1961), *The Divided Self*. Ned.vert.: Het verdeelde zelf. Meppel, 1971.
- Laing, R.D. (1974), *The Politics of Experience and the Bird of Paradise*. repr. Hammondsworth, Penguin, Middlesex.
- Laing, R.D. & A. Esterson (1964), *Sanity, Madness and the Family*. London/Nw. York.
- Lange, A. (1977), Judo, oftewel het niet trekken aan cliënten. *Tijdschr. v. Psychotherapie*, 2, 5 : 179-194.
- Lange, A. (1981), Het motiveren van cliënten in directieve (gezins) therapie. *Kwartaalschrift Directieve therapie en hypnose*, 1, 1 : 57-75.
- Lange, E. & F. Ficker (1980), Zur Psycho(patho)dynamik Suizidaten Verhaltens in Kindheit und beginnender Pubertät. *Psychiatrica Clin.*, 13 : 97-107.
- Lange, A. & O. van der Hart (1975, 1979 4de druk), *Gedragsverandering in gezinnen*. Wolters-Noordhoff, Groningen.



- Langsley, D.G., D.M. Kaplan et al. (1968-a), *The Treatment of Families in Crisis*. Grune & Stratton, Nw. York.
- Langsley, D.G., et al. (1968-b), *Family Crisis Therapy: Results and implications*. *Family Process*, 7, 2 : 145-158.
- Langsley, D.G., et al. (1969), *Follow-up Evaluation of Family Crisis Therapy*. *Amer. J. Orthopsychiatry*, 39 : 753-759.
- Langsley, D.G., P. Machotka & K. Flomenhaft (1971), *Avoiding Mental Hospital Admission: a Follow-up Study*. *Amer. J. Psychiatry*, 127, 10 : 127-130.
- Langsley, D.G. & R.M. Yarvis (1978), *Alternatives to Hospitalization-The Sacramento Story*. In: *Alternatives to Mental Hospital Treatment* (eds. J. Stein & M.A. Test). Plenum Press, Nw. York & London.
- Lawton, M.P., M.B. Lipton & M.C. Fulcomer (1977), *Planning for a Mental Hospital Phasedown*. *Amer. J. Psychiatry*, 134 : 1386-1390.
- Liebman, R., S. Minuchin & B.L. Rosman (1974-a), *An Integrated Treatment Program for Anorexia Nervosa*. *Amer. J. Psychiatry*, 4 : 432-436.
- Liebman, R., S. Minuchin & B.L. Rosman (1974-b), *The Role of the Family in the Treatment of Anorexia Nervosa*. *J. Child Psychiatry*, 13 : 264-274.
- Lindemann, E. (1944), *Symptomatology and Management of Acute Grief*. *Amer. J. Psychiatry*, 101 : 141-148.
- Ling, W., G. Oftedal & W. Weinberg (1970), *Depressive Illness in Childhood Presenting as Severe Headache*. *Amer. J. Dis. Child.*, 120 : 122-124.
- Livermore, J.M., C.P. Malmquist & P.E. Meehl (1968), *On the Justification of Civil Commitment*. *Univ. of Pennsylvania, Law Review*, 117 : 76-96.
- Luborsky, L. (1962), *Clinician's Judgements of Mental Health*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 7, dec. 35-45.
- Lukton, R.C. (1982), *Myths and Realities of Crisis Intervention. Social Casework*, 276-285.
- Mastboom, J. (1981), *Poliklinieken van psychiatrische centra*. *NcGv*, No. 27, Utrecht.
- Mastboom, J. & L. Peters (1983), *Nazorg (3)*. *Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid*, 38, 3 : 286-289.
- Mattes, J.A. (1982), *The Optimal Length of Hospitalization for Psychiatric Patients: a Review of the literature*. *Hospital & Community Psychiatry*, 33, 10 : 824-828.
- Mattes, J.A., B. Rosen & D.F. Klein (1977-a), *Comparison of the Clinical Effectiveness of 'Short' versus 'Long' Stay Intensive Psychiatric Hospitalization II: Results of a 3-year posthospital follow-up*. *J. Nervous and Mental Diseases*, 165 : 387-394.
- Mattes, J.A., B. Rosen & D.F. Klein (1977-b), *Comparison of the Clinical Effectiveness of 'Short' versus 'Long' Stay Intensive Psychiatric Hospitalization III: Further results of a 3-year posthospital follow-up*. *J. Nervous and Mental Diseases*, 165 : 395-402.

- Mattes, J.A., B. Rosen & D.F. Klein (1979), Comparison of the Clinical Effectiveness of 'Short' versus 'Long' Stay Intensive Psychiatric Hospitalization IV: Predictors of differential benefit. *J. Nervous and Mental Diseases*, 167 : 175-181.
- Mattsson, A., J.W. Hawkins & L.R. Seese (1969), Suicidal Behavior as a Child Psychiatric Emergency. *Arch. Gen. Psychiat.*, 20 : 100-109.
- Mechanic, D. (1969), *Mental Health and Social Policy*. Englewood Cliffs, Nw. York.
- Meehl, P.E. (1954), Clinical versus Statistical Prediction. A Theoretical Analysis and Review of the Evidence. Univ. of Minnesota Press., Minneapolis.
- Meehl, P.E. (1965), Seer over Sign: the First good example. *J. Exper. Res. in Personality*, 1 : 27 e.v.
- Meichenbaum, D.H. (1974), *Cognitive Behavior Modification*. Gen. Learning Press, Morriston, Nw Yersey. (1978), 2nd, edition, Plenum Press, Nw. York. Nederl. Vert. (1981) *Cognitieve gedragsmodificatie, een integrale benadering*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Memorie van Antwoord op de Wet BOPZ. Tweede Kamer der Staten Generaal, zitting 1976-77, 11270 nr. 7.
- Memorie van Toelichting op de Wet BOPZ. Tweede Kamer der Staten Generaal, zitting 1970-71, 11270 nr. 3.
- Mendel, M. & S. Rapport (1969), Determinants of the Decision for Psychiatric Hospitalization. *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 20: 321-328.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (1979), Verslagen. Adviezen. Rapporten no. 48; Overzicht gegevens van Psychiatrische Instellingen in Nederland, 1977. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage.
- Minuchin, S. (1973), *Gezinstherapie*. Aulapocket, 511. Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen.
- Minuchin, S., et al. (1978), *Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in Context*. Harvard Univ. Press.
- Mispelblom Beyer, F. (1983), Hebben de RIAGG's een toekomst? *Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid*, 38, 9 : 919-935.
- Mitscherlich, M. (1961), Zwei Fälle von psychogenem Mutismus. *Zeitschrift Psycho-Somat. Medizin*, 7. 3 : 172-175.
- Modern Ingericht (1982), (red. F. Schrameyer). *NcGv-reeks*, nr. 52, Utrecht.
- Monahan, J. (1984), The Prediction of Violent Behavior: Toward a Second Generation of Theory and Policy. *Amer. J. Psychiatry*, 141, 1 : 10-16.
- Monahan, J. & Cummings (1975), The Prediction of Violence as a Function of its Perceived Consequences. *J. of Criminal Justice*, 2 : 239-242.
- Morrison, G.C. & J.G. Collier (1969), Family Treatment Approaches to Suicidal Children and Adolescents. *J. Amer. Acad. Child Psychiatry*, 8 : 140-153.
- Nationaal Ziekenhuis Instituut (1980), Publikatie nr. 80.194. Utrecht.
- Nieuwenhuijzen, van, M. (1977). *Taken, modellen, programma en training voor een crisiscentrum met nadruk op het psychosociale interventiemodel*. *Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid*, 32, 5 : 297-306.

- Norman, A. & H.J. Brown (1970), Volume Feedback and Generalization Techniques in Shaping Speech of an Electively Mute Boy: a Case Study. *Perceptual and Motor Skill*, 31 : 463-470.
- NPC-series (1969), Studies, verslagen en monografieën: de rol van de pastor in de geestelijke gezondheidszorg. Uitg. NPC, Den Haag.
- Nijhof, G. & Cl. Hosman (1980), Opvattingen van Nederlanders over ex-psychiatrische patiënten en over mensen die als psychisch gestoord worden geëtiketeerd. *Tijdschr. v. Psychiatrie*, 22, 9 : 504-520.
- Offerhaus, R.E. (1973), Tweede Rapport Visie Commissie St. Bavo: "De chronische patiënt". St. Bavo, Noordwijkerhout.
- Offerhaus, R.E. (1979), Wat is erger: ten onrechte opnemen of ten onrechte niet opnemen? *Tijdschr. v. Psychiatrie*, 11-12 : 654-660.
- Orbach, I. & H. Glaubman (1979), The Concept of Death and Suicidal Behavior in Young Children: Three case studies. *J. Amer. Acad. Child Psychiatry*, 18 : 668-678.
- Oosterbaan, H. (1980), Electief mutisme: Samenwerking tussen een gedragstherapeut en een logopediste op een Paedologisch Instituut. *Tijdschr. v. Psychotherapie*, 6, 4 : 198-209.
- Otto, U. (1965), Suicidal Attempts Made by Children. *Acta Paediatr. Scand.*, 55 : 20-28.
- Otto, U. (1972-a), Suicidal Acts by Children and Adolescents. *Acta Psychiat. Scand. Suppl.*, 233 : 5-17.
- Otto, U. (1972-b), Suicidal Attempts in Childhood and Adolescence; Today and after ten years; a follow-up study. In: *Depressive States in Childhood and Adolescence* (ed. A.L. Ansell). 4 th U.E.P. Congress. Almqvist & Wiksell, Stockholm, 357-366.
- Palazolli, S.M., (1974), Self Starvation. From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa. Human Context Books. Chancer Publishing Co. Ltd., London.
- Palazolli, S.M., L. Boscolo, G. Cecchin & G. Prata (1976), Het gezin van de anorexia-patiënt en het gezin van de schizofreen. Een transactionele studie. *Tijdschr. v. Psychotherapie*, 2 : 53-61.
- Palazolli, S.M., L. Boscolo, G. Cecchin & G. Parata (1979), Paradox en tegenparadox: een nieuwe vorm van gezinsbehandeling. Samson, SCR, Alphen a/d Rijn/Brussel.
- Palazolli, S.M., L. Boscolo, G. Cecchin & G. Prata (1980), Hypothesizing, Circularity, Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session. *Family Process*, 19, 1 : 3-13.
- Parad, H.J. (1966), The Use of Time-limited Crisis Intervention in Community Mental Health Programming. *Social Review*, 40 : 275-282.
- Parad, H.J. (1971), Crisis Intervention. In: *Encyclopedia of Social Work*, 16th ed., vol. 1 : 196-202. Nat. Ass. Soc. Workers, Nw. York.
- Patiënten-Registratie Psychiatrische Instituten: tabellen 1977. Ver. Nat. Ziekenhuisraad-Staatsstoezicht op de Volksgezondheid.
- Paull, E. (1980), De glazen zee, voorgeschiedenis ter verdediging. De Fontein, Baarn.
- Paulsen, M.J., D. Stone & R. Sposto (1978), Suicide Potential and Behaviour in Children Ages 4 to 12. *Suicide Life Threat Behaviour*, 8 : 225-242.

- Pfeffer, C.R. (1981), Suicidal Behavior of Children: a Review with implications for research and practice. *Amer. J. Psychiatry*, 138, 2 : 154-159.
- Pfeffer, C.R., H.R. Conte & R. Plutchnik (1979), Suicidal Behavior in Latency Age Children: an Empirical study. *J. Amer. Acad. Child Psychiatry*, 18 : 679-692.
- Pfeffer, C.R., H.R. Conte & R. Plutchnik (1980), Suicidal Behavior in Latency Age Children: an Outpatient population. *J. Amer. Acad. Child Psychiatry*, 19 : 703-710.
- Pierloot, R.A. (1978), Veiligheid en stress in de Maatschappij. *Tijdschr. v. Psychiatrie*, 20, 1 : 21-33.
- Pollock, H.I. (1938), Is the Paroled Patient a Menace to the Community? *Psychiatric Quarterly*, 12 : 236, e.v.
- Pols, J. (1980), Klinische psychiatrie in de tang. *Tijdschr. v. Psychiatrie*, 22, 4 : 223-238.
- Popper, K. (1964), *The Poverty of Historicism*, Nw. York.
- Prick, J.J.G. & H.G. van der Waals, Nederl. Handboek der Psychiatrie, dln. I-IV, (1958-70). Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Pruyser, P.W. (1974), *Between Belief and Unbelief*. Harper & Row, Nw. York.
- Querido, A. (1936), *Home Care of the Mental Patient*. Oxford Univ. Press, London.
- Querido, A. (1939), *Krankzinnigenrecht*. De Erven Bohn, Haarlem.
- Rabkin, J. (1974), Public Attitudes Toward Mental Illness: A Review of the Literature. *Schizofrenia Bulletin*, 10 : 9, e.v.
- Rapoport, L. (1962), The State of Crisis: Some theoretical considerations. *Social Service Review*, 36 : 211-247.
- Rappeport, J.R. & G. Lassen (1965), Dangerousness - Arrest Rate Comparisons of Discharged Patients and the General Population. *Amer. J. Psychiatry*, 121 : 776-783.
- Ree, van, F. (1975), Groepsontslag contra hospitalisatie. *Tijdschr. Ziekenverpl.*, 28 : 890-893.
- Reibel, S. & M.I. Herz (1976), Limitation of Brief Hospitalization Treatment. *Amer. J. Psychiatrie*, 133, 5 : 518-521.
- Reich, R. (1973), Care of the Chronically Ill: a National Disgrace. *Amer. J. Psychiatry*, 130 : 911-912.
- Reid, W.J. & L. Epstein (1977), *Taakgericht Casework*. Soc. Bibliotheek. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Remmers de Vries, H.W.P. (1984), Moet de officier van justitie zich blijven bezighouden met de gedwongen psychiatrie? *Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid*, 39, 3 : 256-266.
- Richartz, M.M.W. (1981), Segregatie of integratie. *Tijdschr. v. Psychiatrie*, 23, 6 : 347-359.
- Ringel, E. (1974), Selbstmordverhütung. *Medisch. W. Schrift*, 28 : 104-110.
- Ris, B.G.M. & J.P.M. Diederiks (1974), Een kritische analyse van interdisciplinaire samenwerking in de hulpverlening. *Hulpverleners en Veranderen*, 6, maart: 37. Ris.1-19.
- Ritson, B. (1968), The Prognosis of Alcohol Addicts Treated by a specialized Unit. *British J. Psychiatry*, 114 : 1019-1029.

- Rood-de Boer, M. (1977), Zelfdoding bij kinderen. Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 32, 10 : 627-647.
- Romme, M.A.J. (1967), Doel en middel Proefschrift, Amsterdam.
- Romme, M.A.J. (1980), Samenwerkingsverbanden in de AGGZ een noodzaak om alternatieven voor het psychiatrische ziekenhuis op verantwoorde wijze te kunnen realiseren. In: Alternatieven voor het Psychiatrische Ziekenhuis. Nat. Ver. voor Geestelijke Gezondheidszorg, v.z.w., Gent.
- Rosman, B.L., S. Minuchin & R. Liebman (1975), Family Lunchsession: An Introduction to Family Therapy in Anorexia Nervosa. Amer. J. Orthopsychiatry, 45, 5 : 846-853.
- Roth, L.H. (1980), Mental Health Commitment: The state of the debate, 1980. Hospital & Community Psychiatry, 31, 6 : 385-396.
- Rotteveel, R. (1983), De nazorg nagelaten (3). Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 38, 2 : 166-169.
- Ruch, F.L. (1970), Psychology and Life, Taraporevala Sons & Co., Bombay.
- Rüger, U. (1973), Der interaktionelle Prozesz bei der Psycho-analytischen Behandlung eines mutistischen Jungen. Praxis der Kinderpsychol. und Kinderpsychiatrie, 22, 2 : 37-41.
- Runkel, Ph.J. & J.E. Mc. Grath (1972), Research on Human Behavior. A Systematic Guide tot Method. Nw. York.
- Rutter, M. & G.W. Brown (1966), The Reliability and Validity of Measures of Family Life and Relationships in Families Containing a Psychiatric Patient. Social Psychiatry, 1 : 38-53.
- Sandler, J. & W.G. Joffe (1965), Notes on Childhood Depression. Int. J. Psycho-anal., 46 : 88-96.
- Sanok, R.L. & S. Striefel (1979), Elective Mutism: Generalization of verbal responding across people and settings. Behav. Therapy, 10, 3 : 357-371.
- Scheff, Th.J. (1963-a), Social Support for Steriotypes of Mental Disorder. Mental Hygiene, 47 : 461-469.
- Scheff, Th.J. (1963-b), The Role of the Mentally Ill and the Dynamics of Mental Disorder: a Research framework. Sociometry, 26 : 431-453.
- Scheff, Th.J. (1966), Being Mentally Ill: a Sociological review. Chicago.
- Scheff, Th.J. (1969), The Societal Reaction to Deviance, Ascriptive Element in the Psychiatric Screening of the Mental Patients in a Midwestern State. Social Problems, 11 : 401-411.
- Scheff, Th.J. (1973), Decision Rules, Types of Error and their Consequences in Medical Diagnosis. Behav. Sciences, 8 : 97-100.
- Schnitzler, J.G. (1984), Het forensisch-psychiatrisch ziektecriterium in de civiele rechtspraak en in de strafrechtspraak. Inaugurele rede, Nijmegen, VUGA, 's-Gravenhage.
- Schudel, W.J. (1976), Opgenomen .... opgegeven? .... Deventer.
- Schudel, W.J. (1979-a), Nieuwe Haarlemmer olie voor de SPD? Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 34, 11 : 761-762.
- Schudel, W.J. (1979-b), Hoe ambulant is de AGGZ? Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 35, 10 : 706-707.

- Schudel, W.J. (1979-c), Opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 34, 10 : 626-628.
- Schudel, W.J. (1981), De Sociaal-psychiatrische praktijk. Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 36, 11 : 998-1006.
- Seligman, M.E.P. (1974), Depression and Learned Helplessness. In: Psychology of Depression, Contemporary Theory and Research (eds. R.J. Friedman & M.M. Katz). Winston Wiley, Washington.
- Shader, R.I., W.A. Binstock, J.I. Ohly & D. Scott (1969), Biasing Factors in Diagnosis and Disposition. Comprehensive Psychiatry, 10, 2 : 81-89.
- Shaw, W.H. (1971), Aversive Control in the Treatment of Elective Mutism. J. Amer. Acad. Child Psychiatry, 10, 3 : 572-581.
- Shephard, D.M. & B.M. Barraclough (1976), The Aftermath of Parental Suicide for Children. British J. Psychiatry, 128 : 267-276.
- Siegler, M. & H. Osmond (1966), Models of Madness. British J. Psychiatry, 112, 493 : 1193-1203.
- Smit, de, N.W. (1977), Het effect van gedwongen opname op de omgeving. Medisch Contact, 32, 41 : 1303-1304.
- Smith, L.L. (1978), a Review of Crisis Intervention Theory. Social Casework, july : 396-405.
- Smith, W.G., et al., (1974), Community Mental Health and the Seriously Disturbed Patient. Arch. Gen. Psychiat., 30 : 693-696.
- Solomon, H.C. (1958), The American Psychiatric Association in Relation to American Psychiatry: Presidential address. Amer. J. Psychiatry, 115, 7 : 1-9.
- Solomon, Ph. & V.D. Patch (1969), Handbook of Psychiatry. Lange Medical Publications, Bombay.
- Sorel, R.M. (1982), De nazorg nagelaten. Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 37, 12 : 1295-1305.
- Speyer, N. (1978), Zelfdoding en poging tot zelfdoding bij jongeren. Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde, 122 : 1057-1062.
- Spoerri, Th. (1969), Compendium der Psychiatrie. Agon Elsevier, Amsterdam/Brussel.
- Steadman, H.J. (1973-a). Follow-up on Baxstrom patients Returned to Hospitals for the Criminal Insane. Amer. J. Psychiatry, 130 : 137, e.v.
- Steadman, H.J. (1973-b), Implications from the Baxstrom Experience. Bull. of the Amer. Acad. of Psychol. and Law, 1 : 189-193.
- Steadman, H.J. (1981), Critically Reassessing the Accuracy of Public Perceptions of the Dangerousness of the Mentally Ill. J. of Health and Social Behaviour, 22 : 310-316.
- Steadman, H.J., J.J. Cocozza & M.E. Melick (1978), Explaining the Increased Arrest Rate Among Mental Patients: the Changing Clientele of State Hospitals. Amer. J. Psychiatry, 135: 316-320.
- Steilberg, B.J. (1979), De macht van de inrichtingen (2). Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 34, 5 : 396-401.
- Stein, L.J. & M.A. Test (1976), Training in Community Living: One Year evaluation. Amer. J. Psychiatry, 133, 8 : 917-918.
- Stein, L.J. & M.A. Test (1980), Alternative to Mental Hospital Treatment, I. Conceptual Model, Treatment Program and Clinical Evaluation. Arch. Gen. Psychiatry, 37 : 392-397.

- Stolk, P.J. & W. op den Velde (1982), Psychiatrie en parapsychiatrie. Tijdschr. v. Psychiatrie, 24, 4 : 294-303.
- Stork, J. (1972), Suizid Verhalten und depressiver Zustand bei Adoleszenten. In: Depressive States in Childhood (edt. A.L. Annell). 4 UEP Congress, Almquist & Wiksell, Stockholm, 340-348.
- Streiner, D.L., J.T. Goodman & Ch.A. Woodward (1975), Correlates of the Hospital Decision: a Replicative Study. Can. J. of Public Health, 66, Sept./Oct. : 411-415.
- Sydney Smith, J., et al. (1971), Akinetic Mutism With Recovery After Repeated Carbon Monoxide Poisoning. Psychological Medicine, 1 : 30-35.
- Tabellen 1977. Patiënten Registratie Psychiatrische Instituten. Staatstoezicht op de Volksgezondheid/VNZ.
- Timmers, S. & J.W. Sterwers (1976), Het oneigenlijk gebruik van het psychiatrisch ziekenhuis, Medisch Contact, 31, 30; 969-971.
- Toolan, J.M. (1962), Depression in Children and Adolescents. Amer. J. Orthopsychiatry, 32 : 404-415.
- Tramer, M. (1934), Elektiver Mutismus bei Kindern. Zeitsch. Kinderpsychiatrie, 1 : 30-35.
- Trimbos, C.J.B.J. (1959), Geestelijke gezondheidsleer en geestelijke gezondheidszorg. Proefschrift, Het Spectrum. Utrecht.
- Trimbos, C.J.B.J. (1975 en 1978), Antipsychiatrie ..... een overzicht, 2de herziene druk. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Trimbos, C.J.B.J. (1980), De ontwikkeling van intra- en ekstramuraal alternatieven voor de psychiatrische inrichtingen. In: Alternatieven voor het Psychiatrische Ziekenhuis. Nat. Ver. v. Geestelijke Gezondheidszorg, v.z.w., Gent.
- Tyhurst, J.S. (1957), The Role of Transition States-Including Disasters in Mental Illness. In: Symposium on Preventive and Social Psychiatry. Walter Reed Army Medic. Center, Washington, D.C.
- Vaughn, C.E. & J.P. Leff (1976), The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness: a Comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. British J. Psychiatry, 129 : 125-137.
- Velden, van der, K. (1982), Een behandeling van een jonge vrouw met pseudohallucinaties. Kwartaalschrift Directieve therapie en hypnose, 2, 3 : 233-245.
- Velden, van der, K. & R. van Dijck (1977-a). Motiveringstechnieken. In: Directieve therapie I (red. K. van der Velden). Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Velden, van der, K. & R. van Dijck (1977-b), Wat is directieve therapie? In: Directieve therapie I (red. K. van der Velden). Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Vos, H. (1983), Nazorg (4). Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 38, 3 : 291-292.
- Vroon, P. (1976), Weg met de psychologie, Baarn.
- Vuurmans, H. (1981), Het gevecht buiten de muren: wie krijgt de leuke cliënten (2)? Maandbl. Geestelijke Volksgezondheid, 36, 9 : 822-824.
- Watzlawick, P., J.H. Beavin & D.D. Jackson (1970, 1975 2de druk), De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie. Van Loghum Slaterus, Deventer.

- Watzlawick, P., J.H. Weakland & R. Fisch (1975), *Het kan anders. Over het onderkennen en oplossen van menselijke problemen.* Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Weinberg, W.A., J. Rutman & L. Sullivan (1973), Depression in Children Referred to an Educational Diagnostic Center: Diagnosis and treatment. *J. Pediatr.*, 83 : 1065-1072.
- Weinstein, A. (1964), Real and Ideal Discharge Criteria. *Mental Hospital*, 15 : 680, e.v.
- Wenk, E.A., J.O. Robinson & G.W. Smith (1972), Can Violence be Predicted? *Crime & Delinquency*, 18, 4, 393-402.
- Werkgroep Rechtspositie Patiënten in Psychiatrische Ziekenhuizen (1979), *Eindrapport.* Staatsuitgeverij, Den Haag.
- Wiendieck, C. (1970), Sozialpsychologische Determinanten des Alters-suicides. *Nervenarzt*, 41 : 220-223.
- Willems, P.J.A., et al. (1978), A Two-year Follow-up Study Comparing Short with Long Stay In-patient Treatment of Alcoholics. *British J. Psychiatry*, 122, 571 : 637-648.
- Winer, B.J. (1962), *Statistical Principles in Experimental Design.* Mc. Graw-Hill Book Company, Nw. York.
- Wing, J.K. & G.W. Brown (1970), *Institution and Schizophrenia.* Univ. Press, Cambridge.
- Winnicott, D.W. (1957), The Child and the Family. In: *First Relationship* (ed. J. Hardenberg). Tavistock Ltd., London.
- Winnicott, D.W. (1958), Through Paediatrics to Psychoanalysis. In: *Collected Papers.* Tavistock Ltd., London.
- Winter, de, E. (1978), Rechtvaardiging van een gedwongen opname. *Medisch Contact*, 33 : 1421-1423.
- Wirdum, van, P. (1976), Ontslagkansen en hospitalisatie in psychiatrische inrichtingen. *Medisch Contact*, 31 : 725-730.
- Wolters, W.H.G. (1981), De jonge suïcidale adolescent: een uitgesproken vraag om hulp. *Nederl. Tijdschr. Geneeskunde*, 125, 12 : 449-451.
- Yesavage, J.A., P.D. Werner, J.M.T. Becker & M.J. Mills (1982), Short-Term Civil Commitment and the Violent Patient. *Amer. J. Psychiatry*, 4 : 327-344.
- Zitrin, A., A.S. Hardesty, E.L. Burdock, et al. (1976), Crime and Violence Among Mental Patients. *Amer. J. Psychiatry*, 133 : 142-149.



## Curriculum vitae

De schrijver van dit proefschrift werd op 8 september 1944 te Dordrecht geboren. Na het behalen van het Gymnasium-B diploma aldaar, begon hij in 1964 zijn studie geneeskunde aan de Rijks Universiteit te Leiden. In 1971 behaalde hij het artsdiploma.

In dat jaar maakte hij aan dezelfde universiteit een aanvang met de opleiding voor het specialisme psychiatrie onder leiding van Prof.Dr. J. Bastiaans en het onderdeel neurologie onder leiding van Prof.Dr. A.A. Staal te Rotterdam.

Van 1973 tot 1975 was hij, in het kader van een NUFFIC-project werkzaam in de transculturele psychiatrie aan de Banaras Hindu University en aan Kashi Vidyapith, beiden te Banaras in India. In 1976 werd hij ingeschreven in het register van erkende medische specialisten, in 1980 als gewoon lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie en in 1981 als gewoon lid van de Vereniging voor kinder- en jeugdpsychotherapie en van de Vereniging voor Hypnotherapie.

Sinds november 1976 is hij werkzaam als consulent van een Consultatiebureau voor alcohol en drugs en in de sociale psychiatrie. Hij is door de Specialisten Registratie Commissie erkend als opleider Sociale Psychiatrie.





